



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tuulia Rotko
Tapani Kauppinen

TYÖPAPERI

Terveys 2015 –kansanterveysohjelman loppuarviointi

TYÖPAPERI 8/2016

Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-638-4(verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-638-4>

Helsinki, 2016

Tiivistelmä

Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 8/2016. 49 sivua. Helsinki 2016.

ISBN 978-952-302-638-4 (verkkojulkaisu)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjasi Suomen terveystaloutta vuosina 2001–2015. Tässä loppuarvioinnissa pohditaan yhdessä keskeisten toimijoiden kanssa, miten Terveys 2015 -kansanterveysohjelma valmisteltiin, millaiset olivat ohjelman toteuttamisen edellytykset ja toteuttamiseen vaikuttaneet tekijät sekä mitä tästä kaikesta on opittu.

Tämän prosessiarvioinnin aineistona ovat aiemmat raportoinnit kansanterveysohjelman toteuttamisesta, kysely Terve Kunta -verkoston kunnille sekä keskeisten toimijoiden teemahaastattelut. Toimeksiannon mukaisesti tarkastellaan erityisesti terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan onnistumista ja terveyserojen kaventamista. Lisäksi käsitellään ohjelman toteutumista kuntien näkökulmasta. Raportin kuvituksena on kansanterveysohjelman seurantaindikaattoreita ja nykyisten tietolähteiden mahdollistamia uusia tapoja kuvata hyvinvointia, sen vajeita, terveyden taustatekijöitä ja eriarvoisuutta graafeina.

Kansanterveysohjelman toteuttamisessa merkittävää oli toimeenpanosuunnitelman puuttuminen, jonka vuoksi suunnitelmallinen toimien ja resurssien kohdentaminen näytti jääneen epäselväksi. Haastattelujen mukaan kansanterveys on parantunut monilla osa-alueilla ohjelmakaudella, mutta mikä siitä on kansanterveysohjelman ansiota, on mahdotonta arvioida. Sosioekonomisen eriarvoisuuden vähentämisessä ei kuitenkaan onnistuttu.

Tämän loppuarvioinnin johtopäätöksinä ehdotetaan seuraavaa: Pitkän aikavälin linjauksia tarvitaan yhteiskuntapolitiikassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä eriarvoisuuden vähentämistavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi tarvitaan täsmällisempiä, jaksotettuja tavoitteita sekä tavoitteiden konkretisointia toimijoittain (ministeriöt, kunnat ja alueet). Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan poikkihallinnollista yhteistyötä ja konkreettista ilmiökohtaista työskentelyä. Eriarvoisuuden vähentämiseksi tulisi ilmiötä ja sen syytekijöitä tehdä edelleen ymmärrettäväksi ja havainnollistaa, kuinka kalliiksi eriarvoistumiskehitys tulee ja kuinka se saattaa uhata turvallisuutta. Ohjelmatyön kansallisen seurannan tulisi pystyä nostamaan esiin keskeisiä toimeenpanon onnistumisia ja osoittamaan eri hallinnonaloille koituvia hyötyjä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja eriarvoisuuden vähentämisestä.

Avainsanat: kansanterveys, ohjelma, arviointi, eriarvoisuus, terveyserot, Terveys kaikissa politiikoissa

Sammandrag

Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. [Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 drog upp riktlinjerna för Finlands hälsopolitik 2001–2015]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 8/2016. 49 sidor. Helsingfors, Finland 2016. ISBN 978-952-302-638-4 (nätpublikation)

I denna slututvärdering dryftas tillsammans med centrala aktörer hur folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 utarbetades, vilka var förutsättningarna för genomförandet av programmet och vilka faktorer påverkade genomförandet samt vad man lärt sig av allt detta.

Materialet för denna processutvärdering består av tidigare rapporter om genomförandet av folkhälsoprogrammet, en enkät för kommunerna i nätverket Terve Kunta (En frisk kommun) och temaintervjuer med centrala aktörer. I enlighet med uppdraget granskas särskilt hur arbetsformen Hälsa i all politik lyckats och ojämlikheten i hälsa minskat. Dessutom behandlas genomförandet av programmet ur kommunernas perspektiv. Rapporten illustreras med folkhälsoprogrammets uppföljningsindikatorer och med nya metoder för att beskriva välfärd, välfärdsbrister, bakgrundsfaktorer till hälsa och ojämlikhet som grafer, vilket nuvarande uppgiftskällor gett möjlighet till.

Det är anmärkningsvärt att en genomförandeplan saknades vid genomförandet av folkhälsoprogrammet, och därför verkar en systematisk fokusering av åtgärder och resurser ha förblivit oklar. Enligt intervjuerna har folkhälsan förbättrats inom många delområden under programperioden, men det är omöjligt att göra en bedömning av vilka förbättringar som åstadkommits tack vare folkhälsoprogrammet. Man har emellertid inte lyckats med att minska den socioekonomiska ojämlikheten.

Som slutsatser för denna slututvärdering föreslås följande: För att uppnå målen att främja välbefinnande och hälsa och minska ojämlikhet behövs långsiktiga riktlinjer i samhällspolitiken. Därtill behövs exaktare, schemalagda mål och konkretisering av målen efter aktör (ministerier, kommuner och områden). För att nå dessa mål krävs samarbete över förvaltningsgränserna och konkret arbete i anknytning till de olika fenomenen. För att minska ojämlikheten ska fenomenet och dess orsaksfaktorer göras ännu mer begripliga, och man ska åskådliggöra hur dyrt utvecklingen mot ökad ojämlikhet blir och hur den kan hota tryggheten. Den nationella uppföljningen av programarbetet ska kunna lyfta fram centrala framgångar i implementeringen och påvisa fördelarna med främjande av välbefinnande och hälsa och minskning av ojämlikhet för olika förvaltningsområden.

Nyckelord: folkhälsoprogrammet utvärdering, ojämlikhet, ojämlikhet i hälsa, hälsa inom alla politikområden

Abstract

Tuulia Rotko ja Tapani Kauppinen. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuarviointi. [Final evaluation of the Health 2015 public health programme]. National Institute for Health and Welfare (THL). Discussionpaper 8/2016. 49 pages. Helsinki, Finland 2016. ISBN 978-952-302-638-4 (online publication)

The Health 2015 public health programme defined the Finnish health policy in 2001–2015. In this final evaluation we discuss together with key actors how the Health 2015 public health programme was prepared, what kinds of conditions there were for the programme implementation, what kinds of factors influenced the implementation, and what were the lessons learned.

This process evaluation is based on three types of material: earlier reports on the implementation of the public health programme, a survey for the municipalities in the Finnish Healthy Cities Network, as well as a series of thematic interviews with key actors. In accordance with the assignment, a particular focus is on the success of the Health in All Policies approach as well as on reducing health inequalities. The evaluation also discusses the implementation of the programme from the perspective of municipalities. The illustrations in the report are based on the monitoring indicators for the public health programme as well as on new ways, enabled by current data sources, of describing graphically trends in welfare, welfare deficits, health determinants, and inequalities.

A significant factor for the implementation of the public health programme was that there was no implementation plan which contributed to certain level of ambiguity in the systematic targeting of actions and resources. The interviews indicated that public health was improved in many areas during the period under review. It is, however, impossible to estimate how much of that improvement can be attributed to the public health programme. The target of reducing socio-economic differences was not, however, achieved.

The conclusions of this final assessment are: Social policy needs long-term policy definitions to reach targets that aim to promote health and welfare and reduce inequalities. Social policy needs also more accurate, well-scheduled targets as well as well-defined concrete targets by actor (ministries, municipalities and regions). Attaining these targets requires cross-sectoral collaboration and concrete work focusing on specific phenomena. Reducing inequalities requires that the phenomenon of inequalities and its determinants are better understood and that the costs and security risks of increasing inequalities are well-illustrated. The national monitoring of programmes should be able to highlight implementation success stories and to indicate the benefits different administrative branches gain from the promotion of health and welfare and the reduction of inequalities.

Keywords: public health, program, evaluation, inequality, inequalities in health, Health in All Policies

Sisällys

Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	4
Abstract	5
Johdanto	8
Aiemmat arvioinnit kansanterveysohjelman toteuttamisesta	11
Loppuarvioinnin toteutus	17
Haastattelujen tulokset	19
Alueellinen ja kuntanäkökulma.....	25
Edistyminen valituissa teemoissa.....	28
Kuntien terveyden edistämistyön kehittyminen.....	28
Terveys kaikissa politiikoissa on laajentunut hyvinvointiin	30
Sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen.....	33
Pohdinta ja johtopäätökset	40
Lähteet.....	46
Liite 1 Terveys 2015 -seurainta-indikaattori	48

Johdanto

Valtioneuvosto hyväksyi toukokuussa 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (STM 2001), joka oli tarkoitettu linjaamaan kansallista terveystaloutta seuraavien 15 vuoden ajan. Se jatkoi Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman pohjalta, jonka taustalla oli Maailman terveysjärjestön WHO:n tuolloin uudistettu Terveystä kaikille -ohjelma. Ohjelman valmisteli valtioneuvoston asettama kansanterveyden neuvottelukunta, joka myös koordinoi ohjelman toimeenpanoa yhdessä Sosiaali ja terveysministeriön kanssa. (STM 2002, 48–49.)

Kansanterveysohjelman lähtökohtana oli se, että väestön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat ennen kaikkea terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, minkä vuoksi terveys tulisi ottaa tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi kaikilla julkisen vallan sektoreilla ja tasoilla, samoin kuin yksityissektorilla ja kansalaisten omassa toiminnassa.

Ohjelman tavoitteena oli antaa yhteinen pohja terveystaloutta ja edistää terveystaloutta tavoitteiden huomioon ottamista kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Edelleen ohjelman mukaan tämä edellyttää työvälineiden kehittämistä terveysvaikutusten arvioimiseen. Ohjelmassa esitettiin kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta. Ne kohdistuivat keskeisiin ongelmiin, joiden korjaaminen edellyttäisi eri tahojen yhteistyötä. Lisäksi ohjelmassa oli 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, jotka sisälsivät kansalaisten arkielämän ympäristöä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia. (STM 2002, 48–49.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet:

Ikäryhmittäiset tavoitteet

- Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
- Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi; nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asiantuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
- Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.
- Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.
- Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viiden 20 vuoden ajan.

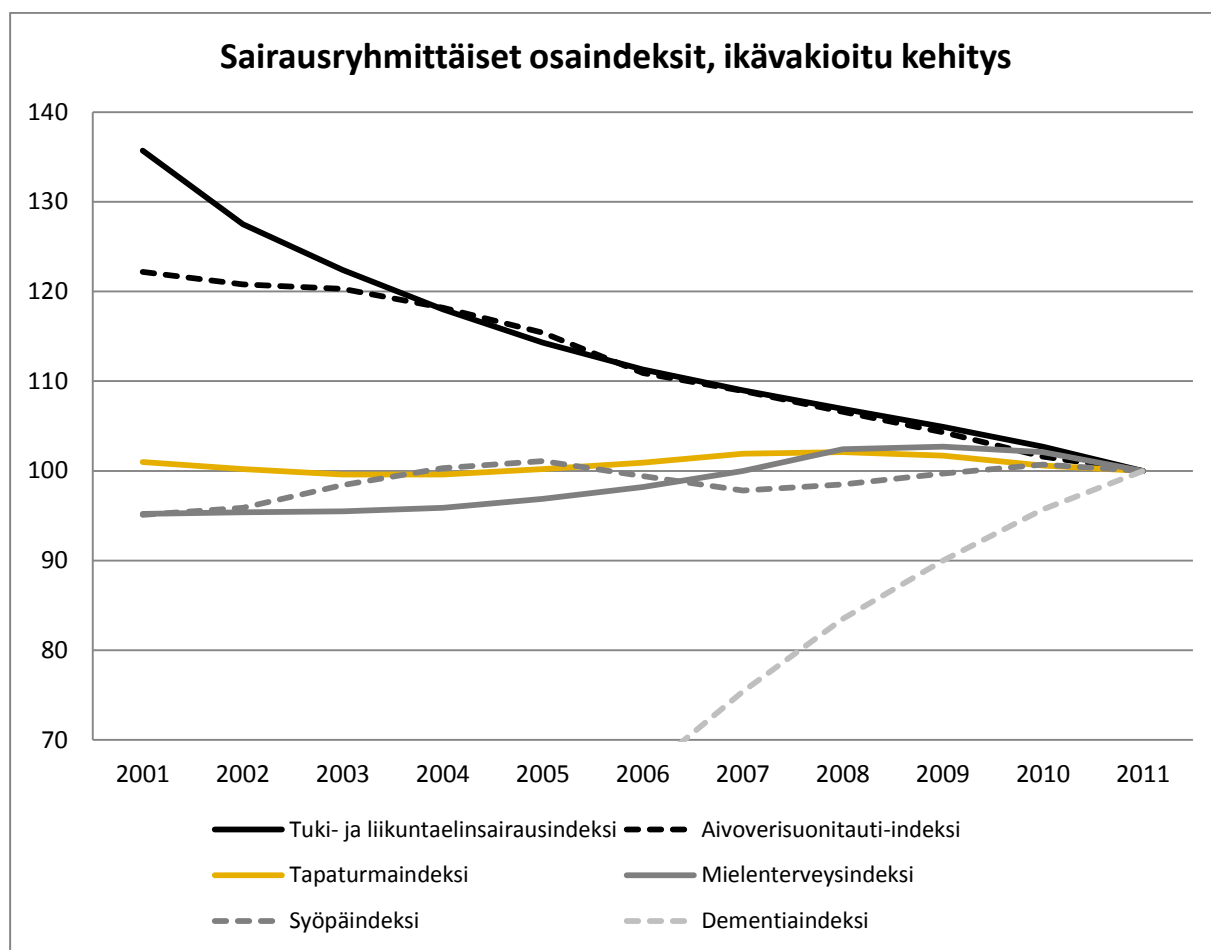
Kaikille yhteiset tavoitteet

- Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.
- Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.
- Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.

Ohjelman väliarvioinnissa (STM 2012) todetaan, että vaikka kyseisessä väliarvioinnissa kerrotaan, miten suunnitellut toimenpiteet ovat toteutuneet kansallisesti ja miten tavoitteita on toteutettu kuntien eri hallinnonalojen toiminnassa ja millaisia muutoksia pitkällä aikavälillä väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilassa on tapahtunut, ”toiminnan ja tulosten välille ei voida vetää suoraan johtopäätöksiä”.

Tässä loppuarvioinnissa ei käydä kattavasti läpi Terveys 2015 -kansanterveysohjelman loppuhyötyjä (miten kansanterveys parani). Myöskään prosessituloksia (mitä yksittäisiä toimia on tehty) ei käsitellä. Ne löytyvät ohjelman väliarvioinnista (STM 2012). Tässä raportissa pohditaan yhdessä keskeisten toimijoiden

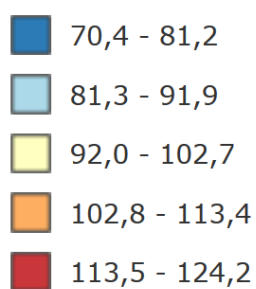
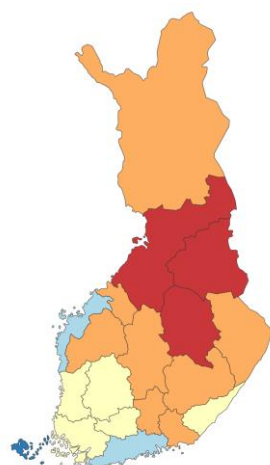
kanssa, miten kansanterveysohjelma valmisteltiin ja millaiset olivat ohjelman toteuttamisen edellytykset ja toteuttamiseen vaikuttaneet tekijät sekä mitä tästä kaikesta on opittu.



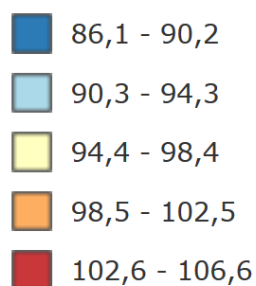
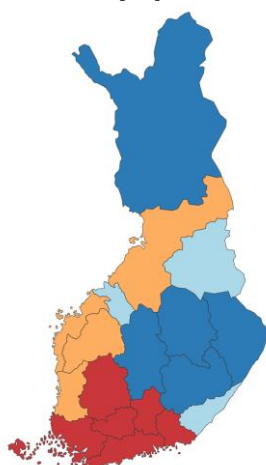
Kuvio 1. Sairastavuusindeksi ja sen osatekijät, ikävakioitu kehitys.
[\(http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/\)](http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/) Sairastavuus on vähentynyt useiden keskeisten tautiryhmien osalta, vain dementian osuus on kasvanut selvästi.

Haastattelutulokset on jäsennetty neljään kokonaisuuteen: 1) tavoitteen asettelu ja sitoutuminen, 2) yhteistyö ja rakenteet, 3) toimeenpano sekä 4) seuranta ja arviointi. Toimeksiannon mukaisesti tarkastellaan erityisesti Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan onnistumista ja terveyserojen kaventamista. Lisäksi käsitellään ohjelman toteutumista kuntien näkökulmasta. Raportin kuvituksena on osin kansanterveysohjelman seurantaindikaattoreita ja nykyisten tietolähteiden mahdollistamia uusia tapoja kuvata hyvinvointia, sen vajeita, terveyden taustatekijöitä ja eriarvoisuutta graafeina. Lopuksi esitetään johtopäätöksiä, mitä jatkossa olisi hyvä ottaa huomioon hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi Suomessa.

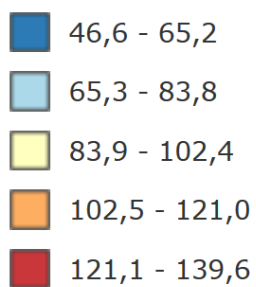
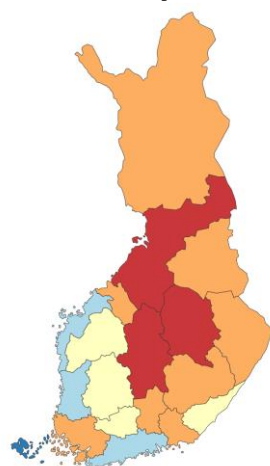
THL:n sairastavuusindeksi



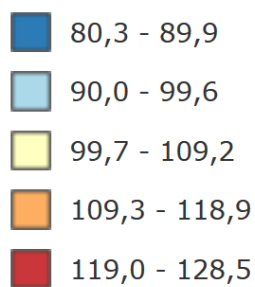
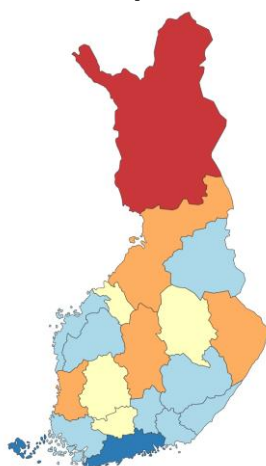
Syöpäindeksi



Mielenterveysindeksi



Tapaturmaindeksi



Kuvio 2. Ikävakioitu THL:n sairastavuusindeksi, syöpä-, mielenterveys ja tapaturmaindeksi maakunnittain. (<http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>). Alueellinen jakauma on erilainen eri tautiryhmiä tarkasteltaessa.

Aiemmat arvioinnit kansanterveysohjelman toteuttamisesta

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmaan on kirjattu, että sen toteutumista seurataan säännöllisesti osana valtioneuvoston ja ministeriöiden toiminnan yleistä seurantaa. Lisäksi mainitaan, että tavoitteiden toteutumista arvioidaan ja tarvittaessa esitetään uusia toimenpiteitä. Eri hallinnonalat ja hallinnontasot laajasti kattava seuranta tuli tehdä nelivuotiskausittain annettavan sosiaali- ja terveystietomuksen yhteydessä. (STM 2012.)

Terveys 2015 -ohjelman edistämisen rakenteiden, voimavarojen ja toiminnan suuntaamisen ulkoinen arviointi toteutettiin yhteistyössä WHO:n kanssa vuonna 2001 ja kansallisen terveystietopolitiikan ulkoinen arviointi tuli toteuttaa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Ulkoinen arviointi WHO:n kanssa toteutettiin heti Terveys 2015 -ohjelman hyväksymisen jälkeen vuonna 2001. Arviointi antoi palautetta aiempien vuosien terveystietopolitiikasta. Uuden ohjelman toimeenpanoon tehtiin ehdotuksia muun muassa kansanterveyden neuvottelukunnan roolin vahvistamisesta, terveys kaikissa politiikoissa käsitteen viemisestä käytäntöön ja kuntien roolin vahvistamisesta. (STM 2012.)

Terveys 2015 -ohjelman kahdeksan tavoitteen seurantaan valittiin vuonna 2003 laajan asiantuntijatyön pohjalta seurantaindikaattorit. Terveys 2015 -indikaattoreista luotiin SOTKANet-verkkopalveluun (www.sotkanet.fi) erillinen seurantaindikaattoreiden kansio. (STM 2012.)

Ohjelman toimintatapaa on aiemmin käsitelty yhdessä pro gradu -työssä (Vilén 2012) ja kahdessa hallinnollisessa väliarvioinnissa (Muurinen ym. 2007, STM 2012). Ohjelman tavoitteita on seurattu ja tuloksista raportoitu myös vuosina 2002, 2006 ja 2010 eduskunnalle annetuissa Sosiaali- ja terveystietomuksissa (STM 2012). Seuraavassa tarkastellaan lyhyesti näitä kuvauksia. Lisäksi ohjelman toimeenpanon edellytyksiä on käsitelty muun muassa Leppo (2010), Palosuo ym. (2013) ja Sihto ym. (2013) artikkeleissa.

Ohjelmatyön käynnistysvaiheen toimintaympäristön arviointi

Janina Vilénin pro gradu -työssä (2012) jäsennetään Terveys 2015 -ohjelman valmistelun ja toimeenpanon aloitukseen liittyviä tekijöitä. Hänen analyysinsä perustuu laajaan asiakirja-aineistoon ja avainhenkilöiden haastatteluihin.

Vilén jäsentää vuosina 1997-2001 tapahtunutta valmistelua kolmen ministerin aikakaudella. Hänen mukaansa resurssien vähäisyys, johtajuus ja organisointi sekä poliittisen hyväksynnän puute vaikuttivat oleellisesti kansanterveysohjelman käynnistymiseen.

Kansanterveysohjelman valmistelu sijoittuu laman jälkeiseen hallinnollisten muutosten aikaan, jossa lakkautettiin mm. Lääkintöhallitus, vähennettiin julkisen sektorin työntekijöitä ja siirryttiin entistä enemmän informaatio-ohjaukseen. Euroopan unioniin liittyminen ohjelmatyön kriittisessä vaiheessa vähensi Vilénin mukaan ministeriön henkilökunnan mahdollisuutta ohjelmatyöhön.

Ministerin vaihtuminen kolme kertaa lyhyen ajan sisällä ja ministerien ollessa pienistä puolueista, oli ohjelmatyö erityisen haasteellista aikaa valmistelijoille ja koko ministeriölle. Samoin ministeriön hallinnollinen uudelleenorganisointi hajotti näkemystä ohjelman toteutuksesta. Henkilövaihdosten yhteydessä ministeriössä saattoi työskentelyn dokumentointi kärsiä niin, että uuden, ohjelmasta vastaavan työntekijän aloittaessa työskentelynsä oli luonnollinen tiedon ja kokemuksen siirto työtehtävästä voinut katketa. (Vilén 2012, 193-195.)

Yhteyden katkeaminen konkretisoituu ohjelman kirjoittamisessa. Vaikka ohjelman valmistelussa oli mukana laaja määrä toimijoita ja toiminnassa käytettiin alhaalta ylöspäin suuntautuvaa lähestymistapaa, linjauksen loppuun saattaminen ja tiivistäminen tehtiin lopulta sosiaali- ja terveysministeriössä. Valmistelussa mukana olleet innostuneet, ammattitaitoiset ja aktiiviset kokosivat pohjamateriaalia, mutta heidän innostuksensa ja sitoutumisensa näytti osin jääneen käyttämättä ohjelman toimeenpanossa. (Vilén 2012, 193-195.)

Vaikka valmistelua pidettiin erittäin hyvänä, siitä jäi puuttumaan poliittisten puolueiden tai eduskunnan sitoutuminen. Myös ministerien osallistuminen näytti Vilénin (2012, 179-180) mukaan olleen lähes olematon. Valtioneuvoston päätös suunniteltiin ja käsiteltiin pääasiassa virkamiesten, asiantuntijoiden ja ammattilaisten kesken. Parlamentaarinen keskustelu jäi käymättä kahdesta syystä. Ensiksi byrokratian ja toimeenpanon viivästyttävä valmisteluun käytettiin paljon aikaa ja toiseksi hallituksen vaihdoksen myötä poliittinen tahto ottaa ohjelmaa eduskuntakäsittelyyn oli kadonnut. Eduskuntakäsittelyn estyessä ohjelma hyväksyttiin vain Valtioneuvoston periaatepäätöksenä. (Vilén 2015, 195.)

Kuntaraportti 2008 tuo esiin toimeenpano-ohjelman tarpeen

Kansanterveyden neuvottelukunnan paikallistoiminnan jaoston tehtäviin kuului kansanterveysohjelman toimeenpanon seuranta paikallisesti ja alueellisesti. Jaos toimi ohjausryhmänä käytännön toimeenpanotyötä tukevalle Terveys 2015 -kuntaprojektille, joka vastasi kansanterveysohjelman arvioinnista. Arviointi toteutettiin kunnanjohtajille suunnattuna kyselynä sekä kuntien edustajien ja terveyden edistämisen asiantuntijoiden haastatteluina. Työn tuloksena syntyneessä kuntaraportissa tarkasteltiin erityisesti ohjelman ohjaavuutta, toimeenpanoa, sisältöä sekä ohjelman uudistamistoiveita. (Muurinen ym. 2008.)

Ohjelman toteuttamisen helpottamiseksi toivottiin toimeenpanorakenteen luomista ja toimeenpano-ohjelman laatimista, rahoitusta toimeenpanolle ja selkeää vastuutusta sekä toimeenpanon parempaa seurantaa (Muurinen ym. 2008).

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet toiminta- ja taloussuunnitelmassa



Kuvio 3. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa. (THL 2016c). Kansanterveysohjelman päätavoitteet on huomioitu hyvin kunnissa.

Kuntaraportin tulosten mukaan kansanterveysohjelma oli tuttu terveydenhuollon asiantuntijoille ja kuntien edustajille. Muille kunnan hallinnonaloille sekä luottamushenkilöille ohjelma oli jäänyt vieraaksi ja ohjelman toteutus oli jäänyt kaikille haastatelluille tuntemattomaksi. Ohjelman tavoitteiden ohjaavuus todettiin raportissa näkyvän useimmin strategioiden ja laajojen hankkeiden suunnittelussa, mutta ei talouden suunnittelussa. Erilaisia ohjelmia koettiin olevan liikaa, eikä kukaan tunne oman alansa ulkopuolisia ohjelmia. Monen tuolloin haastatellun mielestä kansanterveysohjelma pitäisi yhdistää hyvinvointiohjelmaan. Hyvinvoinnin nimellä ohjelman asioiden uskottiin leviävän paremmin myös muiden hallintokuntien kuin terveys-toimen käyttöön. (Muurinen ym. 2008.)

Ohjelman tunnetuksi tekemisessä kuntien edustajat arvioivat ohjelman onnistuneen osittain tai heikosti. Yli puolet tuolloin haastatelluista oli sitä mieltä, että ohjelmalta puuttui toimeenpanorakenne. Esteenä ohjelman toteutumiselle kunnissa koettiin olevan rahan ja ammattitaitoisen henkilöstön puute. Lisäksi ohjelman vähäinen arvostus, sen huono erottuvuus muusta julkaisutarjonnasta ja ohjelman jääminen muiden kansallisten hankkeiden jalkoihin mainittiin toimeenpanon ongelmiksi. (Muurinen ym. 2008.)

Ohjelman sisältämien tavoitteiden konkreettisuustasoa ei pidetty riittävän yhteneväisenä. Puolet tuolloin haastatelluista piti tavoitteita ja toimintasuuntia liian yleisinä, muutamat eivät erottaneet toimintasuuntien ja tavoitteiden eroja ja pitivät tavoitteita toimintasuuntien toteuttamiskeinoina. (Muurinen ym. 2008.)

Kehittämistoiveet kohdistuivat muuhun kuin ohjelman sisältöön. Kuntaraportissa esitettiin ohjelman toimeenpanoon liittyen seuraavia toimenpiteitä:

- Toimeenpanorakenteiden luominen ja erillisen toimeenpano-ohjelman laatiminen
- Rahoituksen kytkeytyminen ohjelman toimeenpanoon
- Toimeenpanon vastuutus valtakunnan tasolla, alueilla ja kunnissa
- Ohjelman toimeenpanon seuranta ja siihen liittyvä kuntien palkitseminen

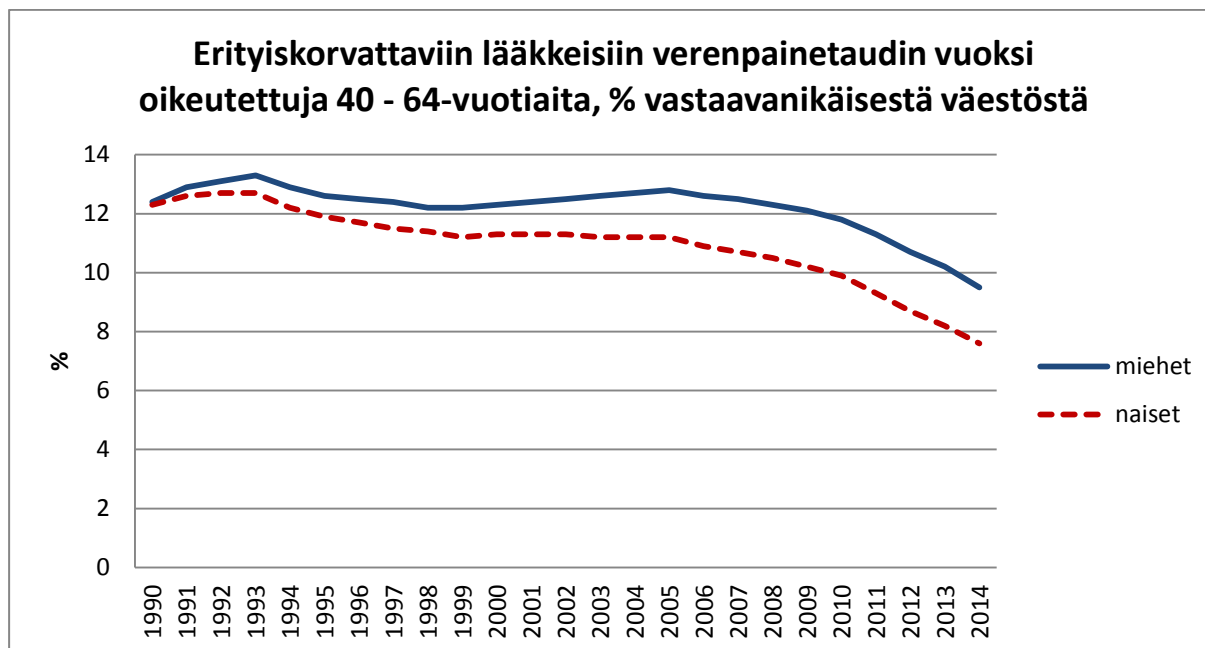
Kuntatoimijat toivoivat muun muassa, että ohjelmasta olisi myös kansalaispainos ja toimeenpano-ohjelma sekä ohjelman uudistusta monitoimijaisena yhteistyönä. Toimeenpanossa toivottiin resursointia, tiedottamista sekä toimijoiden vastuuttamista. Toteuttamista olisi tukenut kuntatoimijoiden mukaan koulutus ja alueseminaarit sekä rahoituksen kytkeminen kuntien toimenpiteiden muuttamiseen. (Muurinen ym. 2008.)

Väliarviointi vuonna 2012 keskittyi tehtyihin toimenpiteisiin

Kansanterveyden neuvottelukunta esitti, että Terveys 2015 -ohjelmasta tehtäisiin väliarviointi, jossa luotaisiin kokonaiskuva tavoitteiden ja toimintalinjausten toteutumisesta ja ohjelman toimeenpanosta. Ohjelman käyttöä ja tavoitteiden toteutumista kunnissa on selvitetty Stakesin tekemän arvioinnin lisäksi terveyskeskuskyselyissä vuosina 2006 ja 2009 sekä kuntakyselyissä vuosina 2004, 2008 ja 2011. (STM 2012.)

Väliarvioinnissa kuvataan, miten kuhunkin toiminnan linjaukseen on vastattu kansallisesti lainsäädännön, oppaiden ja laatusuosituksen, ohjelmien ja hankkeiden sekä muiden toimenpiteiden avulla. Tarkastelussa painottuvat sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tehtävät, vaikka muiden ministeriöiden hallinnonaloille kuuluvista tehtävistä myös monet toteuttavat Terveys 2015 -ohjelman tavoitteita. (STM 2012.)

Ohjelmakauden aikana tehtyjä toimia ovat esimerkiksi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä aloitetut tai toteutetut kansalliset ohjelmat lähes kaikkien keskeisten kansanterveysongelmien ehkäisemiseksi, hoidon kehittämiseksi tai komplikaatioiden vähentämiseksi (sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden häiriöt, alkoholisairaudet ja muut riskikäytöstä aiheutuvat ongelmat ja allergia). Lisäksi ohjelmakaudella on tehty myös paljon kansanterveyttä selvittävää ja tukevaa tutkimusta. (STM 2012, 122.)



Kuvio 4. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä. (THL 2016a). Kehitys on ollut myönteistä eli sairastavuus verenpainetautiin on vähentynyt.

Toiminnan ja tulosten välille ei väliarvioinnissa kuitenkaan voitu vetää suoraan johtopäätöksiä. Väliarvioinnissa kerrotaan, miten suunnitellut toimenpiteet ovat toteutuneet kansallisesti ja miten tavoitteita on toteutettu kuntien eri hallinnonalojen toiminnassa ja millaisia muutoksia pitkällä aikavälillä väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilassa on tapahtunut, ”mutta monien indikaattoreiden yhtymäkohdat ohjelman tavoitteisiin ja erityisesti spesifiin toimeenpanokohtiin ovat epäselviä”. (STM 2012, 122.)

Sosiaali- ja terveystietomusten maininnat ohjelman toteuttamisesta

Kansanterveysohjelman tavoitteita on seurattu ja tuloksista raportoitu vuosina 2002, 2006 ja 2010 eduskunnalle annetuissa Sosiaali- ja terveystietomuksissa (STM 2002, 2006, 2010). Sosiaali- ja terveystietomus perustuu eduskunnan joulukuussa 1997 hyväksymään lakiin (1080/1997), jonka mukaan asianomainen ministeriö antaa kahden vuoden välein kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä koskevan sosiaali- ja terveystietomuksen käytettäväksi hallituksen toimenpidekertomuksen tausta-aineistona (STM 2002). Vuonna 2002 kyseistä lakia muutettiin siten, että kertomus tuli antaa jatkossa neljän vuoden välein.

Seuraavassa on koottu maininnat koko ohjelman toimeenpanosta ja seurannasta, ei yksittäisen ohjelman sisällön sisältöalueen (kuten alkoholi tai kuntien terveyden edistäminen) toimeenpanosta ja tuloksista.

Sosiaali- ja terveystietomuksessa 2002 kuvattiin ohjelman valmistelua ja lähtökohtia. Vuoden 2002 kertomuksessa tuoreen kansanterveysohjelman katsottiin antavan yhteisen pohjan terveystietotieteelle ja edistävän terveystietotieteen tavoitteiden huomioon ottamista kaikilla yhteiskunnan sektoreilla (STM 2002, 48-49). Seuraavassa vuoden 2006 sosiaali- ja terveystietomuksessa kuvataan edellistä laajemmin ohjelmatyötä. Kertomuksen mukaan terveyden edistämistä on ohjannut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma sekä 1990-luvun terveyden edistämistä koskevan WHO:n arvioinnin suositukset. (STM 2006.)

Vuoden 2006 Sosiaali- ja terveystietomuksessa on laajimmin esitelty eri toimialojen osuutta väestön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Kertomus käy läpi ministeriöiden itse määrittämiä ja painottamia toimintapolitiikkoja ja toimintoja vuosilta 2002–2005. Muita hallinnonaloja koskeva osuus on vuoden 2006 kertomukseen valmisteltu kahdenkeskisessä vuoropuhelussa muiden ministeriöiden kanssa. Tältä osin kertomus kuvaa, miten muut hallinnonalat ovat vastanneet perustuslain julkiselle vallalle antamaan velvoitteeseen edistää väestön terveyttä (STM 2006, 69). Kertomuksessa todetaan, että elleivät esimerkiksi toimet sisäisen turvallisuuden ohjelmassa kehity suotuisasti, ongelmien seurausvaikutukset ovat

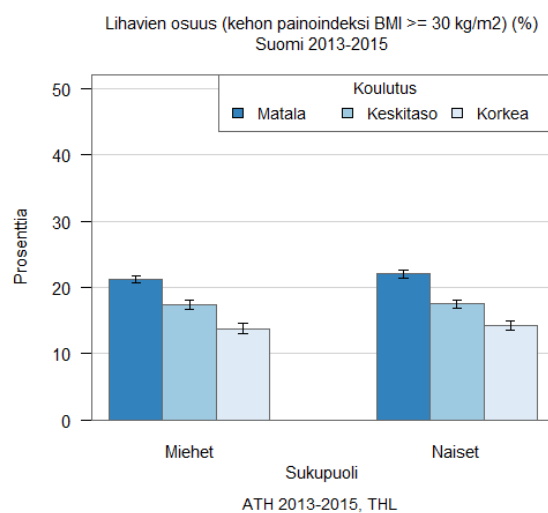
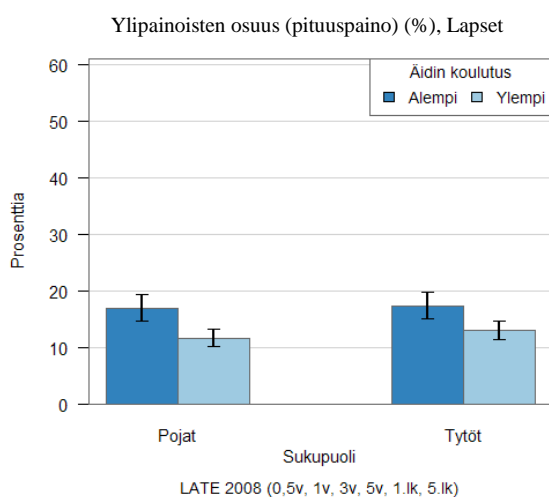
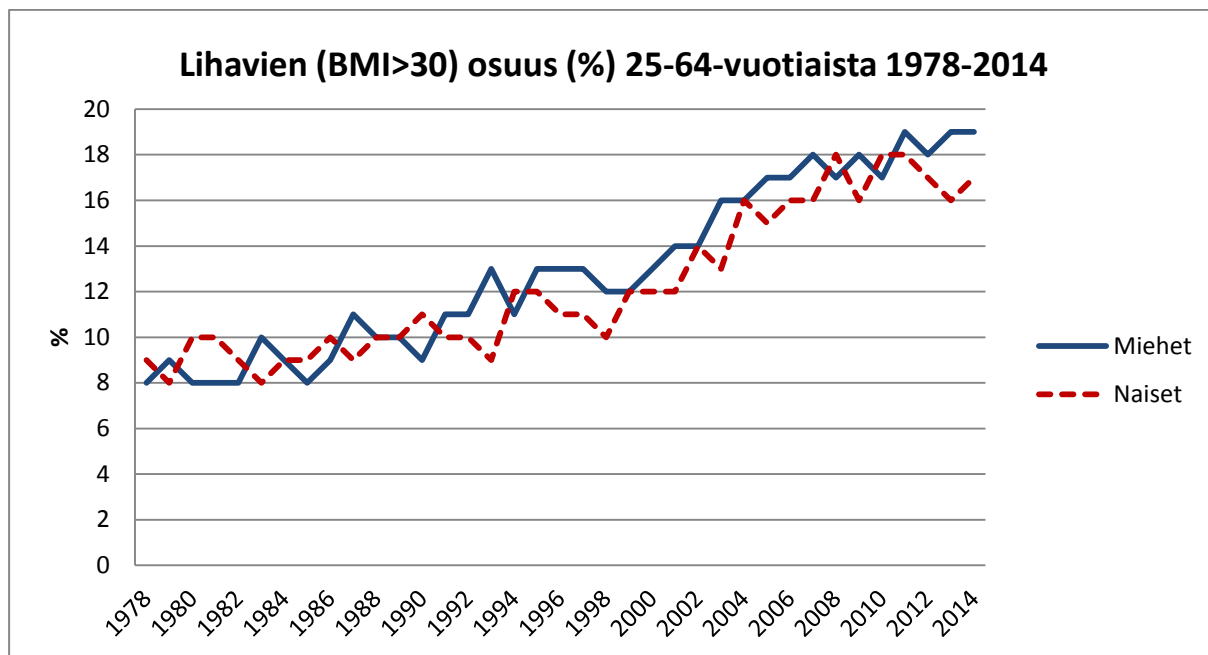
nähtävissä sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa että turvallisuudentunteen ja yleisen hyvinvoinnin vähenemisenä.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toimeenpanossa ja eri tahojen sitouttamisessa oli pyritty käyttämään hyväksi vakiintuneita rakenteita ja foorumeita. Toimeenpanossa painotettiin terveyttä edistävää yhteistyötä hallinnonalojen välillä ja hallinnon eri tasoilla. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on otettu huomioon sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulosohtauksessa ja tulossopimukset ovat sisältäneet ohjelmaa koskevia tulostavoitteita. Kansanterveyslaitos on tuottanut pohjatietoa mm. Terveys 2000 -tutkimuksessa ja Stakes on tukenut ohjelmaa kunnissa muun muassa koordinoimalla Terve kunta -verkostoa sekä järjestämällä valtakunnallisia koulutustilaisuuksia. Samalla lääninhallitukset olivat tehneet ohjelmaa tunnetuksi ja tukeneet kuntia. (STM 2006, 217.)

Kansanterveysohjelman seuranta vakiinnutettiin osaksi silloisen Stakesin SOTKANet-indikaattoripankkia. Seuranta varten silloinen Kansanterveyslaitos, Stakes ja Työterveyslaitos valitsivat valtakunnallisia ja paikallisia indikaattoreita, jotka ovat saatavissa SOTKANetistä. (STM 2006, 218.)

Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteista on järjestetty laajoja, valtakunnallisia seminaareja. Kesäkuussa 2004 järjestetyssä seminaarissa arvioitiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman edistymistä. Teemoista nostettiin esille väestöryhmien terveyserojen kaventaminen. Tilaisuudessa julkistettiin kansainvälinen raportti terveyseroja koskevista toimista. Edelleen järjestöjen toimintaa on tuettu mm. rahoittamalla terveyden edistämisen määrärahoihin Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita tukevia hankkeita. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteet sanotaan otettavan huomioon myös muissa ohjelmissa ja hankkeissa. (STM 2006, 218-219.)

Viimeisessä sosiaali- ja terveystietomuksessa 2010 kansanterveysohjelman toimeenpano kuvataan lähinnä suoritteina: ”Ohjelma on sisältänyt runsaasti sekä valtakunnallisia että alueellisia koulutustilaisuuksia, joista esimerkkeinä ovat työkokousten sarjat ”Terveys kannattaa – sanoista tekoihin” (aluekierros 2006, 19 tilaisuutta) sekä Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kanssa yhdessä järjestetty ”Terve ja hyvinvoiva kunta” (2008). Ohjelman toteutusta ovat tukeneet useat julkaisut kuten Terveyden edistämisen laatusuositus (2006), selvitys terveyden edistämisen koulutussisällöstä sosiaali- ja terveysalalla sekä raportti väestöryhmien välisten terveyserojen tilanteesta Suomessa (2007). Erityisesti kunnille suunnattuja hankkeita ovat Terveys 2015 -kuntahanke (käynnistyi 2003), terveyden edistämisen vertailutietojärjestelmää kehittävä TedBM-hanke (käynnistyi 2006) sekä terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittämishanke TEJO (2002–2009).” (STM 2010, 42-43.)



Kuvio 5. Lihavuus lapsilla ja työikäisillä sukupuolittain ja koulutustaustan mukaan. ((VNK & Tilastokeskus 2016, THL 2016b). Lihavuus on lisääntynyt kaikilla, mutta yleisintä se on matalammin koulutetuilla.

Loppuarvioinnin toteutus

Prosessiarviointi

Prosessiarvioinnin näkökulmasta tässä loppuarvioinnissa tarkastellaan, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet kansanterveysohjelman toteuttamiseen. Prosessilähtöisen arvioinnin avulla voidaan tunnistaa, kuinka tiettyä interventiota tai toimintaa voitaisiin kehittää. Jotta kehittymistä olisi mahdollista tapahtua, tulee tarkastella, mitkä tekijät vaikuttavat tarkasteltavan toiminnan onnistumiseen (Dahler-Larsen 2005, 12). Seppänen-Järvelän (2003) mukaan prosessiarviointi perustuu vahvasti tekijöidensä itsearviointiin ja oppimiskokemusten peilaamiseen.

Prosessiarvioinnin tehtävänä on tuoda esille ohjelman toteuttamisessa käytetty toimintatapa eli avata toiminnan luonnetta; milloin ja millaisia taitekohtia on ollut, kuinka ongelmatilanteita on ratkaistu ja millaisia innovaatioita on tehty. Tässä työssä kehittämisarviointi on formatiivista arviointia, jossa tarkastelu kohdistuu jälkikäteen ohjelman toteuttamiseen, siihen, miten ohjelmaa on toteutettu ja kuinka vastaavankaltaisen ohjelman toteuttamista voisi auttaa kehittymään. Verrattuna summatiiviseen arviointiin, joka kohdistuu vahvasti lopputuloksiin ja vaikuttavuuteen, formatiivisessa arvioinnissa on voimakas kehittämisnäkökulma. (Seppänen-Järvelä 2004, 19.)

Tutkimuskysymykset

Tässä raportissa keskitytään selvittämään, mitkä seikat ovat vaikuttaneet ohjelman toteutumiseen. Kansanterveysohjelman prosessituloksia (tehtyjä toimia, tuotoksia, säädöksiä tai resursointia) ja lopputuloksia (muutosta terveydentilassa) vain sivutaan, koska ne löytyvät ohjelman väliarvioinnista (STM 2012).

Päättökysymyksen ollessa ”mitkä seikat ovat vaikuttaneet ohjelman toteutumiseen?”, voidaan tarkentaviksi kysymyksiksi kirjata:

- Mitkä tekijät vaikuttivat eri toimijoiden työhön ohjelman toteuttamisessa?
- Kansanterveyden neuvottelukunnan rooli ohjelman toteuttamisessa
- Ministeriöiden rooli ohjelman toteuttamisessa
- Kuntien ohjaamisen onnistuminen
- Mitkä olivat ohjelman toteuttamisen kannalta merkittävimmät edistävät ja vaikeuttavat tekijät?

Aineisto ja menetelmät

Arvioinnissa on käytetty kolmea aineistoa; dokumentit, jotka käsittävät aiemmat kuvaukset kansanterveysohjelman toteuttamisesta, kysely Terve Kunta -verkoston kunnille sekä keskeisten toimijoiden teemahaastattelut. Tarkastelussa olevia teemakokonaisuuksia – Terveys kaikissa politiikoissa ja terveyserojen kaventuminen – peilataan lisäksi WHO:n kriteereihin (WHO 2013a, 2013b) ja tekemääme ministeriökierroksen havaintoihin (Rotko ym. 2013).

Dokumenttianalyysin aineistona oli kansanterveysohjelmaa käsitelleet kaksi väliarviointia, pro gradu -työ sekä kansalliset sosiaali- ja terveystietomukset. Dokumenteista tarkasteltiin erityisesti toimeenpanoon liittyviä mainintoja. Nämä tulokset on esitelty tämän raportin alkuosassa.

Toinen aineisto on webropol-kysely Terve Kunta -verkoston jäsenkunnille. Kuntiin suunnatulla kyselyllä kartoitettiin ohjelman tunnettavuutta ja sen hyödyntämistä osana kunnan päätöksentekoa. Vastauksia saatiin viidestä kunnasta ja yhdestä peruskuntayhtymästä. Vastaajina toimi kolmessa kyselyssä yksittäinen terveyden edistämisen vastuuhenkilö ja kolmessa tapauksessa hyvinvointityöryhmä. Vastaajia oli yhteensä 26.

Kolmas aineisto on teemahaastattelut, joita tehtiin ohjelman valmisteluun ja toimeenpanoon oleellisesti osallistuneille asiantuntijoille. Haastateltavat valikoituivat dokumenttien, tutkijoiden oman kokemuksen ja lumipallomenetelmän kautta. Osalta haastateltavista saatiin ehdotuksia muista haastateltavista. Haastatteluja toteutettiin yhteensä 9 kappaletta. Kaksi haastateltavaa kieltäytyi haastattelusta ja muutamaa ei saatu

kiinni. Kieltäytymisen syiksi esitettiin mm. omaa vähäistä roolia toimeenpanossa ja pitkää aikaa tapahtuneesta.

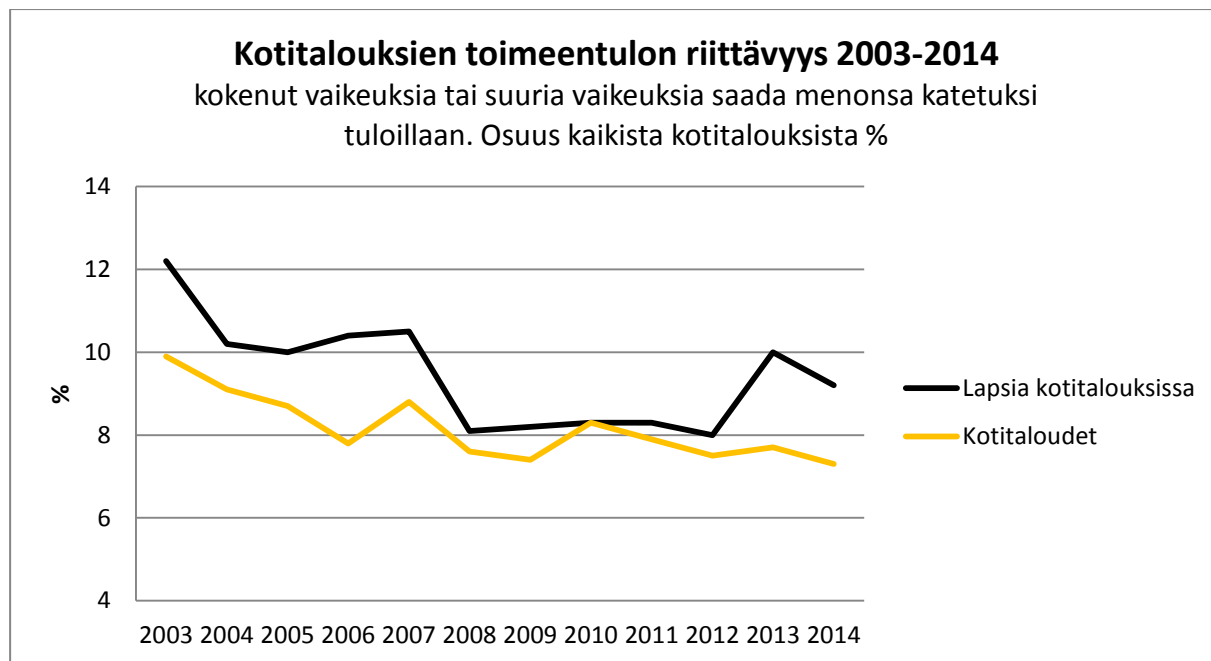
Viidentoista vuoden aikajänne asettikin haasteensa haastatteluille. Osa haastatelluista oli osallistunut erityisesti ohjelman valmisteluun ja käynnistämiseen, josta aikaa oli kulunut yli 16 vuotta. Haastateltavat käyttivät muistin palauttamisen apuvälineinä ohjelma-asiakirjoja, haastateltavien omia muistiinpanoja ja tuolloin mukana olleita kollegoita.

Vaikka haastateltavien lukumäärä on vähäinen, he edustavat kattavasti valmistelun ja toimeenpanon eri tahoja ministeriöstä, asiantuntijatahoja ja kuntatoimeenpanoa. Haastatteluissa oli nähtävissä tälläkin otoksella aineiston kylläntymistä; samat huomiot ja teemat ovat jääneet päällimmäisinä mieliin omista kokemuksista. Variaatiota ilmeni lähinnä oman aseman mukaisesti tärkeiksi koetuista asioista yleisten huomioiden ollessa huomattavan yhtenevät haastateltavan taustasta riippumatta.

Haastattelut toteutettiin tunnin tapaamisina lukuun ottamatta yhtä puhelinhaastattelua. Haastattelut nauhoitettiin ja molemmat tutkijat tekivät toisistaan riippumattomat kenttämuistiinpanot. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, joissa haastateltava sai omin sanoin kertoa kokemuksistaan niin, että keskustelua johdateltiin seuraaviin teemoihin, mikäli ne eivät tulleet keskustelussa muuten esiin:

- Missä ohjelman toimeenpanon kannalta onnistuttiin, missä ei?
- Ohjelman toimeenpanoa estäneitä ja tukeneita asioita?
- Mitkä ovat olleet ohjelman toimeenpanon toteuttamisen kulminaatiopisteitä?
- Mitä pitäisi jatkossa kehittää vastaavan toiminnan toimeenpanossa?
- Mihin pitäisi jatkossa suunnata vastaavan toiminnan linjauksia?

Arvioinnin tekijät ovat olleet mukana toteuttamassa kansanterveysohjelman tavoitteita koko ohjelmakauden aikana Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksessa sekä niiden edeltäjissä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus Stakesissa että Kansanterveyslaitoksella. Lisäksi arvioinnin tekijät ovat osallistuneet Kansanterveyden neuvottelukunnan sekä sen jaosten toimintaan säännöllisesti vuodesta 2012 alkaen.



Kuvio 6. Kotitalouksien toimeentulon riittävyys. (VNK & Tilastokeskus 2016). Erityisesti lapsiperheillä on ollut lisääntyvästi ongelmia toimeentulon riittävydessä viime vuosina.

Haastattelujen tulokset

Haastattelujen anti on jäsennetty hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen kolmiomallin mukaisesti. Vaikka malli on luotu eriarvoisuuden kaventamisen tueksi, teemakokonaisuudet ovat niin yleisiä, että ne soveltuvat hyvin myös kansanterveysohjelman jäsentelyyn. Kolmiomalli on luotu ja sitä on testattu sekä politiikkatasoisessa (Rotko ym. 2013) että alueellisen tason (Rotko ym. 2014) monialaisessa kehittämissuorituksessa. Mallinnuksessa on neljä kokonaisuutta, jotka ovat:

1. Tavoitteen asettelu ja poliittinen sitoutuminen,
2. Yhteistyö ja sen rakenteet, vastuut ja työnjako
3. Toimeenpano: kehittäminen, palvelut ja resurssien kohdentaminen sekä
4. Tieto, seuranta ja arviointi.

Tavoitteen asettelu ja sitoutuminen

Vuosituhanen vaihteessa Suomessa oli juuri selvitty lamasta ja katsottiin jo eteenpäin eli oli otollinen aika tehdä uusia linjauksia. Kansanterveysohjelman laaja-alainen ja innostuneeksi kuvattuun valmisteluvaiheeseen osallistui satoja ihmisiä muun muassa seminaarien muodossa. Valmisteluvaihetta kuvattiin pitkäksi ja asiantuntijat kokoontuivat, eivät edustuksellisesti, vaan itseään kiinnostavan asian ympärille. Materiaalia kertyi paljon, mutta suuresta aineistosta tiivistettyä kansanterveysohjelmaa kuvattiin ”latistetuksi” lähtötilanteeseen nähden.

Kuitenkin laaja ja onnistumisen kokemuksia sisältänyt valmistelutyö tuntui olleen interventio sinällään, jota viisitoista vuotta myöhemminkin muisteltiin yhtenä onnistuneimpana asiana kansanterveysohjelmassa. Tämän pohjalta näyttäisi, että valmisteluprosessi on vähintäänkin yhtä tärkeä kuin ohjelman toimeenpano ja että valmistelun kautta voidaan suoraan vaikuttaa eri toimijoihin.

Haastateltavien mukaan hallitusohjelman laatiminen on avainasemassa. Hallituksen pitäisi sitoutua itse muotoilemiinsa tavoitteisiin. Silti toiset tärkeämmiksi koetut tavoitteet (esim. talous) voivat ajaa hyvien aikomusten (esim. terveyden tasa-arvo) yli. Ratkaisujen välittömät vaikutukset (esim. säästö) saattaa hämmentää pitkäkestoisten seurausten huonot vaikutukset (esim. eriarvoisuuden lisääntyminen). Edelleen yleispolitiikan johto (so. pääministeri, kunnanjohtaja) pitäisi saada näkemään väestön terveyden merkitys muiden tavoitteiden saavuttamiselle. Tämä ei onnistunut kansanterveysohjelman valmistelussa. Vilénin (2012, 179-180) mukaan ohjelman valmistelusta jäi puuttumaan muodollinenkin ministereiden, poliittisten puolueiden tai eduskunnan käsittely. Hallituksen vaihdoksen myötä poliittinen tahto ottaa ohjelmaa eduskuntakäsittelyyn oli kadonnut ja ohjelma jäi periaatepäätökseksi.

Toinen sitoutumisen ja innostuksen tilaisuus näkyy materiaaleissa yksittäisten työntekijöiden kautta. Näitä yksittäisiä työntekijöitä kutsumme innostuneiksi vastuunkantajiksi. Saattaa olla, että osa kansanterveysohjelman tuloksista on pikemminkin innostuneiden vastuunkantajien pitkällisen toiminnan tulos kuin kansanterveysohjelman rakenteellisen ja systemaattisen työn vaikutusta.

Kansanterveysohjelman tavoitteen asettelu jäi lopulta yleiseksi, eikä erillistä toimeenpanosuunnitelmaa tehty. Joidenkin haastateltujen mielestä olisi pitänyt täsmällisemmin määritellä, mitä halutaan muuttaa. Toisaalta ohjelman valmistelussa mukana olleet kuvasivat, ettei nähty mahdollisena antaa tarkkoja tavoitteita muille hallinnonaloille eikä se informaatio-ohjauksen ilmapiirissä ollut edes tavoitteena. Vilénin (2012) mukaan valmistelu jäi lopulta sosiaali- ja terveysministeriön sisälle. Toisaalta haastateltavat pitivät tavoitteiden asettamista myös haastavina. Samat sisältöasiat olivat nimittäin olleet esillä jo 1970-luvulta lähtien erilaisissa ohjelmissa ja hankkeissa, jolloin näillä teemoilla ei ollut uutuusarvoa ja siten tavoitteiden muotoilu ajankohtaisiksi oli vaikeaa.

Kansanterveysohjelman merkitystä kuvattiin seuraavasti: ”Ohjelman laaja-alaisuus on ollut hyvä asia. Teemat, jotka nostettiin esille, ovat lyöneet läpi hyvin ja niissä on päästy eteenpäin.” ”Ohjelma teki tunnetuksi näitä asioita ja se on ollut tuki, johon on voinut nojata.” ”Pitkän aikavälin tavoitteita tarvitaan näyttämään suuntaa ja linjaamaan kansallista tahtotilaa. Ohjelma ohjasi terveystalitiikkaa ja ilman ohjelmaa homma olisi hoidettu vähemmän järkevästi.” ”Paperilla sinänsä ei ole suurta merkitystä, mutta vaikutus

saadaan aiheiden kirjaamisella, valmistelevalle työlle ja prosessin aikaisella työllä.” ”Kansanterveysohjelma ei ollut projekti, vaan olennaista oli terveydenedistämistä tukeva lainsäädäntötyö ja hallinnolliset rakenteet.” ”Ajattelu kehittyi tukemaan terveyden edistämisen työtä.” ”Kansainvälisesti Suomessa tehtyä työtä arvostetaan.”

Yhteistyö ja rakenteet

Kansanterveyden neuvottelukunta nousi merkittävimpana toimijana kansanterveysohjelman toteuttamisen koordinaattorina. Sekä dokumenteissa että haastatteluissa sen varaan oli asetettu suurin odotus ja vastuu ohjelman toimeenpanosta ja seurannasta. Toimeenpanovaiheessa uskottiin, että valmisteluvaiheen innostunut ilmapiiri jatkuisi neuvottelukunnassa. Sen rooli oli toimia keskustelu- ja tiedonjakofoorumina ja tätä kautta sitouttamisen ja työnjaon välineenä. Vaikka neuvottelukunta kokosi muut hallinnon alat mukaan ja oli siten keskeinen rakenne poikkihallinnollisessa työssä, se ei kuitenkaan yltänyt keskustelufoorumia syvällisempään toimintaan ministeriöiden välisessä työssä.

Haastatteluissa korostui valmisteluvaiheessa henkilökohtaiset suhteet ja sitä kautta syntynyt luottamus. Työnjaossa tämä näkyi paitsi ajatuksena kahdenvälisestä vaikuttamisesta myös ajatuksessa, että itse osallistuessa toimijat tunnistavat, mitä pitäisi tehdä, mitä itse voisi antaa työhön ja näin sitoutua omaan rooliinsa. Osa neuvottelukuntaan nimetyistä edusti etupäässä omaa organisaatiotaan, mutta ei ottanut aktiivisen toimijan tai edes viestinviejän roolia suhteessa taustaorganisaatioonsa. Siten eri ministeriöiden rooli näyttyi vähäisenä ohjelman toimeenpanossa.

Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelutapa vahvistui ohjelmakaudella, joka näkyi eri hallinnon alojen raportoidessa omia toimia terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin hyväksi. Vuoden 2006 Sosiaali- ja terveyskertomuksen (STM 2006, 245) mukaan nämä terveyden edistämisen toimet saattavat poiketa huomattavasti hallinnon alan oman toiminnan painopisteistä. Kertomuksessa pyrittiin muun muassa sydänterveyden esimerkillä osoittamaan sydänterveyden ja eri ministeriöiden työn välistä yhteyttä; ”sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä tärkeitä toimijoita terveydenhuollon ohella ovatkin opetus-, sivistys- ja liikuntatoimi, yhdyskuntasuunnittelu ja rakentaminen, liikennesuunnittelu, maatalous, elintarviketeollisuus, kauppa, joukkorukoukailu- ja ravintolapalvelut, kuluttaja- ja muut kansalaisjärjestöt sekä joukkotiedotus” (STM 2006, 294).

Neuvottelukunnan merkitys ohjelman konkreettisessa toimeenpanossa jäi kuitenkin vähäiseksi. Neuvottelukuntaa kuvattiin haastatteluissa kahvikerhoksi, jolla ei ollut toimivaltaa, eivätkä neuvottelukunnassa käsitellyt asiat edenneet osallistuneiden omiin taustaorganisaatioihin. Kansanterveyden neuvottelukunta piti kuitenkin terveyden edistämisen aiheita esillä poikkihallinnollisesti ja siten sitä pidettiin vuoropuhelun kannalta hyödyllisenä foorumina. Sosiaali- ja terveysministeriö neuvottelukunnan puheenjohtajana ei ohjaa muiden hallinnon alojen toimia, joten ohjelman toimeenpanovastuun pitäisi olla taholla, jolla on toimivaltaa ja joka ohjaa resursseja eli valtioneuvostolla.

Haastattelujen mukaan parhaiten neuvottelukuntatyöskentelyssä toimivat eri jaokset. Esimerkiksi kunta- jaoksen koettiin pitäneen yllä kunnille tärkeitä asioita ja osallistuneilla oli tunne, että STM:ssä oltiin aidosti kiinnostuneita siitä, mitä kunnissa tapahtui. Kuntajaoksen työssä oli hyvää myös määräaikaista, selkeästi määritellyt tehtävät.

Kansanterveyden neuvottelukunnassa olivat edustettuina eri ammattiliitot, kuntasektori lähinnä Kuntaliiton kautta ja sosiaali- ja terveysalan kansalaisjärjestöt keskusjärjestö SOSTE ry:n kautta. Haastateltujen mukaan kolmas sektori oli liian heikosti mukana ohjelman toimeenpanossa, samoin elinkeinoelämän edustajat.

Poikkihallinnollisuuden parantamiseksi ehdotettiin soluttautumista kyseisiin organisaatioihin (so. kahdenvälisestä yhteistyöstä), agenttitoimintaa ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvioinnin käyttöönottoa. Arkityö pitäisi tehdä kahdenvälisenä yhteistyönä, yhdessä ilmiössä kerrallaan, jolloin valittaisiin kohteet ja rakennettaisiin niistä toimivaa yhteistyötä. Pitäisi rakentaa uskottavia win-win tilanteita, nostaa näkyviin yhteisiä tavoitteita ja osoittaa, miten hyödytetään kumppanin omia tavoitteita. Yhteistyöhön sitoutuminen lähtee osallistumisesta, luottamuksen rakentamisesta ja paneutumisesta konkreettisiin kysymyksiin.

Toimeenpano ja sen resursointi

Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesten päätöksellä kansanterveysohjelmalle ei tehty toimeenpanosuunnitelmaa, tosin se ei ollut siihen aikaan poikkeuksellista. Haastateltavien mukaan toimeenpanoa ei suunniteltu eikä toteutettu koordinoitusti. Toimeenpanosuunnitelman puuttuessa, suunnitelmallinen toimien ja resurssien kohdentaminen näytti jääneen epäselväksi, eikä kokonaiskuva ollut selvä eri toimijoilla. Resurssien osoittamattomuus näkyi esimerkiksi niin, ettei kansanterveysohjelmaan viitattu suoraan hanke- rahoitushakemuksissa tai tutkimuslaitosten strategisessa ohjauksessa, vaikka sisällöt olivat samoja.

Kansanterveysohjelman tavoitteet olivat kuitenkin linjassa eri toimijoiden oman työn tavoitteiden kanssa, eivätkä haastatellut kokeneet merkittävänä asiana kansanterveysohjelman näkymättömyyttä tai sen vähäistä ohjausvaikutusta, koska tärkeäksi koetut sisältöasiat kaiken kaikkiaan olivat tavoite- ja rahoitusmekanismien keskiössä. Muutaman haastateltavan mukaan parasta oli, ettei ohjelma suoraan rajoittanut työtä tai ettei ohjelmasta haittaakaan ollut.

Valmisteluvaiheessa mukana olleiden innostuneiden asiantuntijoiden mahdollinen toimeenpanoresurssi hukattiin ainakin osittain. Valmistelun kautta voitiin suoraan vaikuttaa eri toimijoihin, mutta suuri osa näistä ei ollut jatkossa esimerkiksi neuvottelukunnassa tai muutoinkaan toimeenpanossa mukana. Silti toimeenpanon merkittävien eteenpäin vievä voima olivat yksittäiset innostuneet vastuunkantajat, ohjelman toteutumiseen vaikuttaneet henkilöt. Osaksi nämä olivat merkittävässä asemassa ministeriössä, osaksi heidät oli palkattu edistämään tiettyjä ohjelman osa-alueita. Useat haastateltavat nostivat esiin, kuinka yksittäisen ihmisen painoarvo vaikuttaa erittäin paljon asioiden etenemiseen. Paitsi, että toimijoiden persoonallisuudet vaikuttavat, lisäksi erään haastatellun mielestä: ”pitää olla sydämenpaloa asiaan, ettei vain viran puolesta olla mukana”. Keskustelu ja johtopäätökset ovat levinneet mukanaolijoiden kautta, ihmiset ovat ”altistuneet” näille ajatuksille.

Samaan aikaan kansanterveysohjelman kanssa terveystalouden huomiosta kilpailivat myös muut tavoitteet. Haastateltujen mukaan silloin pantiin enemmän panoksia palvelujärjestelmän kehittämiseen, joten palvelut ajoivat hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen ohi. Myöhemmin Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma - Kaste, jossa oli rakenne ja rahaa sekä kansallinen johto, otti tilan. Eli toimeenpanoresurssia suunnattiin terveydenedistämisen sijaan palvelujen kehittämiseen.

Haastatteluissa esiin tullut palveluihin keskittyminen on nähtävissä myös toimeenpanon rahoituksessa. Kansanterveysohjelman tavoitteiden toimeenpano edellytti valtion talousarvioon varattavaksi vuosittain 0,4 miljoonan euron erillistä määrärahaa. Sosiaali- ja terveysministeriön talousarviossa on ohjelman toimeenpanoon osoitettu vuosittain 0,1–0,4 miljoonan euron suuruinen määräraha.

Terveyden edistämisen määrärahan myöntämisen yhtenä perusteluna on ollut Terveys 2015 -ohjelman toimeenpano. Määrärahan suuruus on pienentynyt vuosien varrella, suurimmillaan se oli 9,6 miljoonaa euroa, ja se on jakaantunut kuntien ja kuntayhtymien, järjestöjen sekä tutkimus- ja kehittämislaitosten kesken. Vuonna 2010 THL:n omien terveyden edistämisen hankkeiden rahoitus 2 miljoonaa euroa siirrettiin laitoksen omaan talousarvioon. Vuonna 2015 kuntien, kuntayhtymien ja järjestöjen määräraha oli 2,9 miljoonaa euroa.

Terveyden edistämisen rahoitus näyttäytyy vaatimattomana verratessa sitä esimerkiksi Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste) rahoitukseen. Ensimmäisellä Kaste -kaudella vuosina 2008–2011 ohjelman rahoitus oli yhteensä 104,9 miljoonaa euroa, josta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakennehankkeet ovat saaneet rahoitusta yhteensä 7,5 miljoonaa euroa (STM 2012, 58). Toisella Kaste -kaudella vuosina 2012–2015 ohjelman rahoitus oli yhteensä 60 miljoonaa euroa.

Ylätason abstraktit tavoitteet eivät johda sellaisinaan mihinkään. Haastatellut arvioivat, että toimeenpano olisi pitänyt suunnitella tarkemmin, valita täsmällisempiä muutoksen kohteita sekä toteuttaa koordinoitusti. Eri toimijoiden (hallinnon alat, kunnat) olisi pitänyt muotoilla omia toimenpiteitä yhteisistä tavoitteista, jolloin myös toimeenpanon vastuu olisi jakautunut laajemmille hartioille. Koordinointi- ja johtamisvastuun olisi kuitenkin pitänyt olla selkeä. Lisäksi toimeenpanoa olisi siivittänyt yhteinen raha sekä ohjausryhmä, jossa vastuuhenkilöillä on toimivaltaa päättää etenemisestä.

Ohjelman toteutuksessa nousi esiin pitkän ohjelman ja lyhytkestaisen resursoinnin yhteensovittamisen haaste. Viisitoistavuotista ohjelmaa toteutetaan vuosibudjeteilla ja nelivuotisten hallitusohjelmien aikana. Hallituskausilla voidaan kuitenkin antaa myös lisäpotkua pitkän aikavälin linjauksille, kuten Terveiden

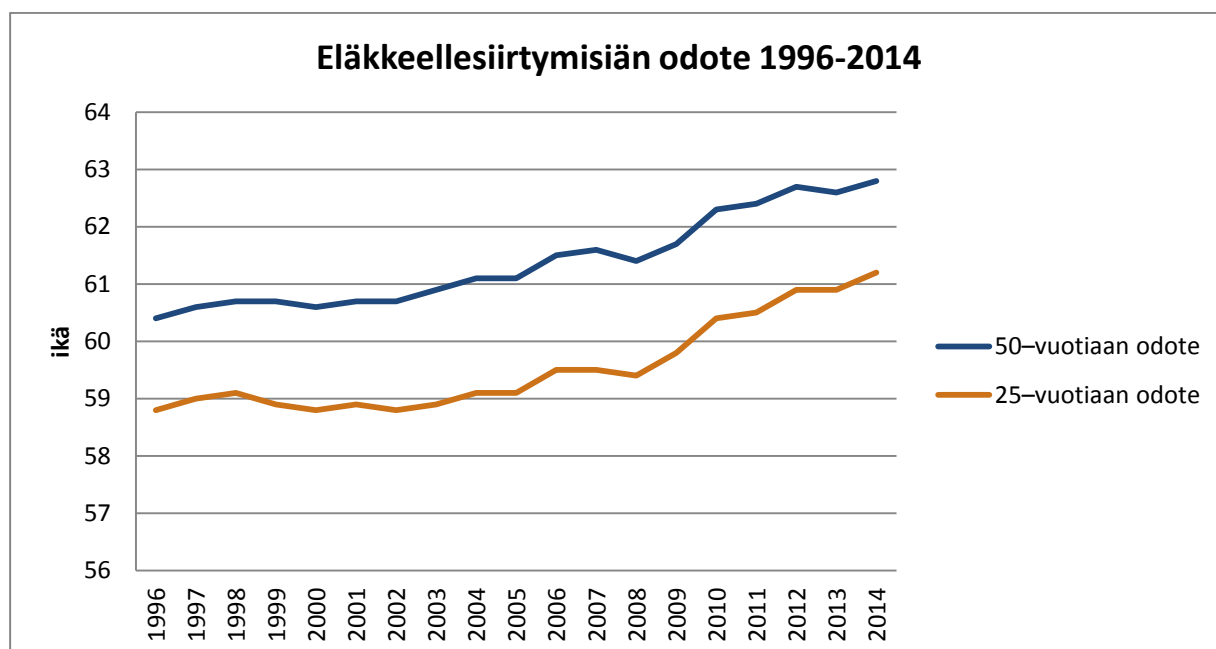
edistämisen politiikkaohjelma teki vuosina 2007–2011. Haastateltavien mukaan ohjelman jatkuvuus on ylempien viranhaltijoiden käsissä. Suurin haaste on saada ohjelmatyö hallitusvaihdosten eli nivelvaiheen yli niin, että pitkäkestoisten prosessien jatkuminen on mahdollista. Esimerkiksi eduskuntavaalien jälkeen uusi hallitus olisi voinut muotoilla kansanterveysohjelman yleisistä tavoitteista heille mieleisiä toimenpiteitä ja keinoja. Ratkaisuna esitettiin myös toimeenpanon jaksottamista eli olisi nostettu eri kokonaisuuksia esiin eri aikoina ja panostettu niihin kunnolla.

Kansanterveysohjelman edetessä huomattiin tiettyjen sisältöalueiden tavoitteiden heikko toteutuminen. Osaksi tästä syystä ohjelmaa täydennettiin Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmalla vuonna 2008.

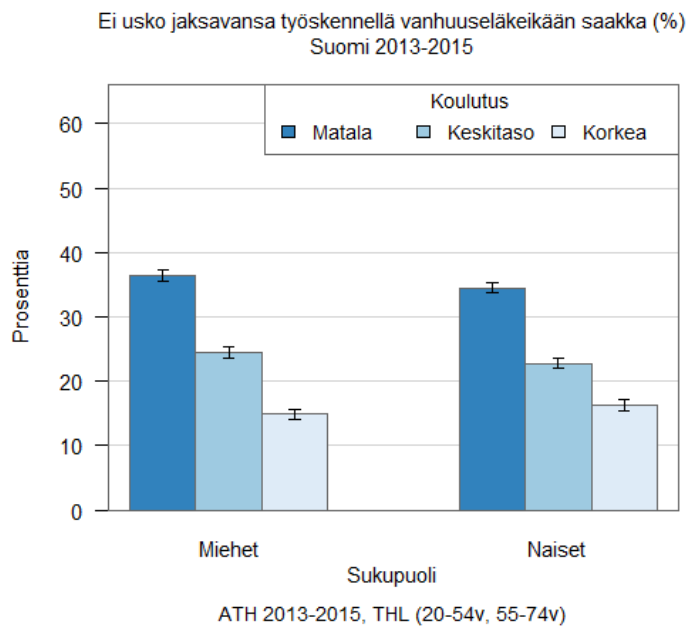
Seuranta ja arviointi

Kansanterveysohjelman tavoitteille asetettiin käynnistymisen jälkeen (2003) seurantaindikaattorit. Näiden ilmiöiden kehittymistä ja tavoitteiden toteutumista on raportoitu ohjelman väliarvioinnissa (STM 2012). Indikaattoreiden seuranta ei ole ollut kuitenkaan systemaattista. Haastateltavien mukaan ohjelman tavoitteet jäivät hyvin yleiselle tasolle ja toimeenpano-ohjelman puuttuessa tavoitteiden konkretisointi jäi myös osaksi määrittelemättä. Lopputuloksia kuvaavien tulosindikaattoreiden lisäksi prosessien seurantaa olisi pitänyt tehdä paremmin. Jos ohjelmalla olisi ollut toimeenpanosuunnitelma, kvantitatiiviset tavoitteet voisi määrittellä täsmällisemmin toimenpiteisiin liittyviksi, jolloin olisi myös helpompi arvioida, onko maailma muuttanut.

Haastateltavat pohtivat, voiko tavoitteille ylipäättään antaa kvantitatiivisia tavoitteita. Esiin nousi epäilyksiä siitä, voiko ohjelman toimintaa liittää tuloksiin, jolloin seurannalta katoaa uskottavuutta ja legitimitettä. Toisaalta täsmällisten seurannan kohteiden nähtiin konkretisoivan abstraktia yleistä hyvää tavoittelevia pyrkimyksiä. Eräs haastateltava kuvasi tavoitteiden olevan kuin lippuja, joita heilutetaan joukkojen edessä. Silloin niitä ei voi ottaa kirjaimellisesti, mutta ne toimivat mahdollisena tavoitteena, joka pakenee yhtä matkaa joukkojen edetessä.



Kuvio 7. Eläkkeellesiirtymisiän odote. (VNK & Tilastokeskus 2016). Kansanterveysohjelman tavoite on toteutunut; eläkkeellesiirtymisikä on vanhentunut yli kahdella vuodella keskimäärin.

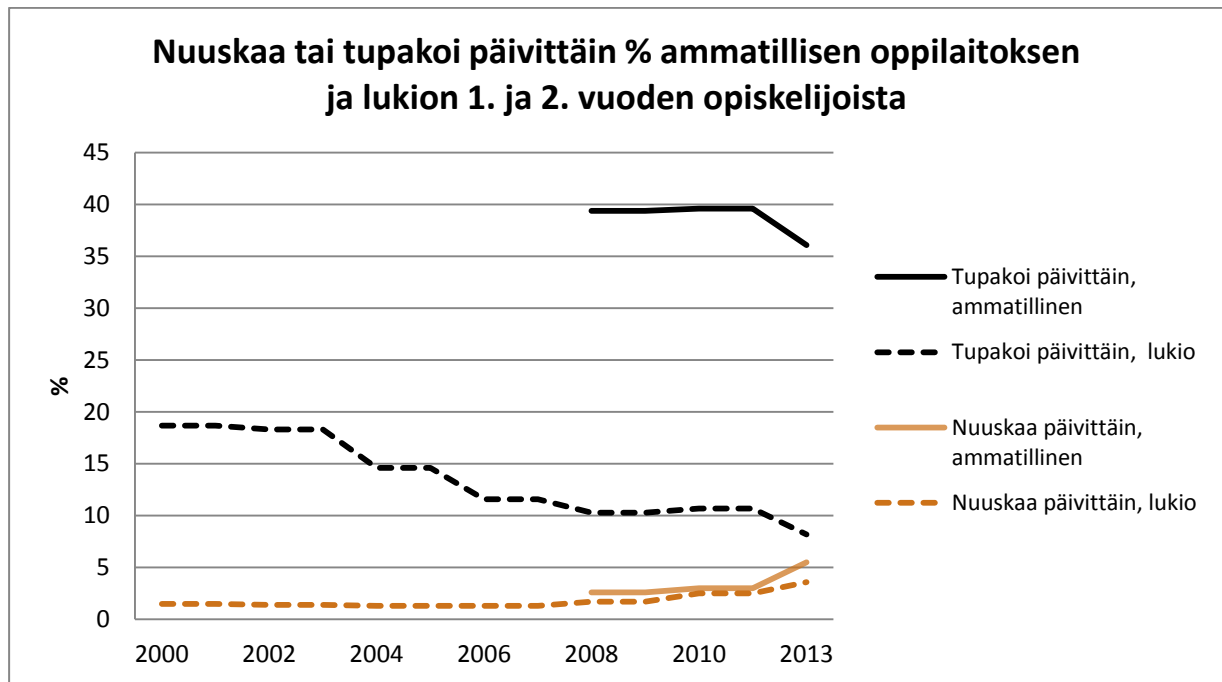


Kuvio 8. Ei usko jaksavansa työskennellä vanhuusikänsä asti sukupuolittain ja koulutuksen mukaan. (Kaikkonen ym. 2015). Mitä matalampi koulutus sen varhemmin jääetään eläkkeelle.

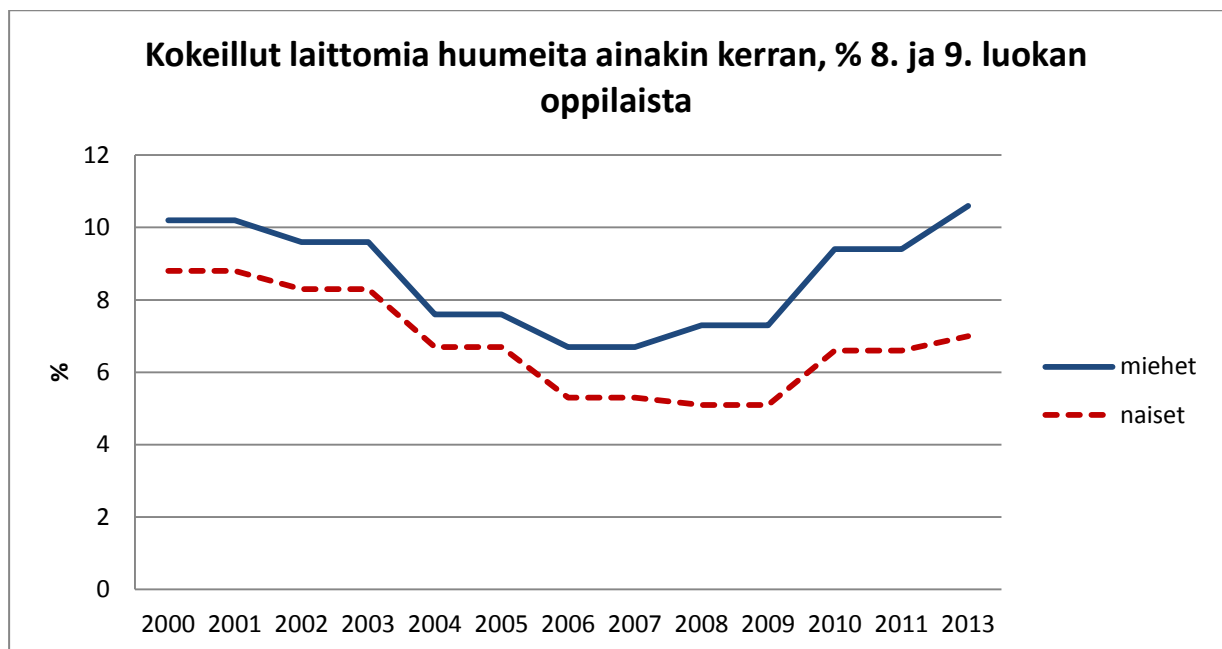
Kaikki haastateltavat kuvasivat tavoitteiden toteutumista. Monissa ohjelman tavoitteissa on ollut suotuisaa kehitystä, vaikka samaan hengenvetoon haastateltavat eivät voi sanoa, että toteutuminen olisi kansanterveysohjelman ansiota. Yksimielisesti haastateltavat tunnistivat terveyserojen kaventamisen olleen suurin toteutumaton tavoite. Vaikka terveyserot eivät pienentyneet, ilmiöstä tiedetään nyt kuitenkin paljon enemmän ja mitä se tarkoittaa. Vaikka tutkimus on tuottanut tietoa, jota voitiin käyttää ohjelman toteutumisen arvioinnin apuna, osa haastateltavista näki, ettei hallinnolle kuitenkaan annettu resursseja tietyn tavoitteen toteuttamiseksi. Keinojen analyysiä ja vaikutusten arviointia myös perään kuulutettiin.

Valtakunnallisen seurannan välineenä toimi Sosiaali- ja terveystietokanta, joka vuodesta 2002 lähtien raportoi, aiemman kahden vuoden sijaan neljän vuoden välein, hallitukselle kansanterveyden ja sosiaaliturvan tilaa ja kehitystä. Kertomus sai haastateltavilta ristiriitaisen vastaanoton. Toisaalta sitä kuvattiin nimelliseksi raportoinniksi, johon kukaan toimija ei sitoutunut ja jonka sosiaali- ja terveysministeriö kokosi yksin. Kertomusta ei käsitelty eduskunnassa tai valiokunnissa vaan toimitettiin vain tiedoksi, joka oli yksi syy sen lakkauttamiseen. Toisaalta sitä kuvattiin hyväksi analyysiksi politiikan toteuttamisesta ja että se pakotti muut hallinnon alat miettimään, mitä olivat ohjelman teemojen puitteissa tehneet.

Sosiaali- ja terveystietokannan tekemättä jättämistä vuonna 2014 pidettiin virheenä. Haastateltavien mukaan jatkossa pitäisi miettiä, miten parhaiten huolehditaan toistettujen tiiviiden yhteenvetojen tuottamisesta hyvinvoinnin, terveyden ja eriarvoisuuden kehityksestä sekä yhteiskuntapolitiikan ja toimien vaikutavuudesta. Raportoinnin tulisi olla helposti lähestyttävää, aiheita tulisi valita ja poimia siten, että ne herättävät kiinnostusta, ja keskeinen viesti tulee kiteyttää selkeästi ja siten, että viestissä on särmää.



Kuvio 9. Nuuskaa tai tupakoi päivittäin % ammatillisen oppilaitoksen ja lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista. (THL 2016a).



Kuvio 10. Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran 8. ja 9. luokan oppilaista. (THL 2016a).

Tupakointi on vähentynyt, mutta ammattikoululaiset tupakoivat edelleen kolme kertaa yleisemmin kuin lukiolaiset. Sen sijaan nuuskan käyttö ja huumeekokeilut ovat yleistyneet.

Alueellinen ja kuntanäkökulma

Kunnissa kansanterveysohjelma ei levinnyt laajaan tietoisuuteen. Väliarvioinnin (Muurinen ym. 2008) tuloksen haastateltavat vahvistavat. Toisaalta koettiin, ettei yksittäisten kunnan työntekijöiden tarvitse ohjelmaa välttämättä tunteakaan tai siihen sitoutua, eikä välttämättä yksittäisen toimialan, vaan riittää, että yhteys tehtävän työn ja ohjelman tavoitteiden välillä on toiminnan organisoijan tai terveyden edistämisen vastuutahon mahdollista tunnistaa. Näin ohjelman tarkoitettu ohjausvaikutus hämärtyy, vaikka kunnissa toteutettaisiinkin ohjelman tavoitteita. Ohjelman valmistuessa ajateltiin, että ei ohjata ylhäältä päin kuntia. Tavoitteiden toteutumisen tueksi STM rahoitti kuitenkin Stakesin koordinoimaa kuntahanketta.

Kansanterveyden neuvottelukunnan ohkeen oli nimitetty kuntajaos, jossa oli edustus muutamista kunnista ja se toimi suorana keskusteluyhteytenä sosiaali- ja terveysministeriöön. Lisäksi tehtiin isoja (yli 20 paikkakuntaa) ministerin vetämiä aluekierroksia, joissa kuultiin alueilta ja kunnista nousevia toiveita ja tarpeita. Nämä kunta- ja aluekokemukset antoivat haastattelujen mukaan tukea esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hyviin kirjauksiin.

Kansallisista ylätasoon yleisistä tavoitteista on pitkä matka ruohonjuuritason toimintaan. Kansallisten tavoitteiden konkretisoitumisessa merkittävintä oli kuntatoimijoiden tunnistama oma tekemisen tarve. Kunnanjohtajan ja eri toimialojen johtajista koostuvan johtoryhmän sitoutuminen hyvinvoinnin edistämisen tavoitteeseen on ensiarvoisen tärkeää. Erään haastateltavan sanoin: ”Vasta kun kunnanjohtaja ottaa vastuuta, silloin alkaa tapahtua jotain”. Lisäksi koko johtoketjun sitouttaminen on tärkeää; toimeenpanon esteenä voi olla asian tyrmäys jollakin tasolla. Ongelmana on usein hyvinvointi- ja terveyskäsitteiden vaikeus, miten määritellään ja muotoillaan yhteisiä tavoitteita. Haastatteluissa kävi selvästi ilmi, että terveys edellä ei voi mennä muille toimialoille kunnissa.

Kyselyyn vastanneissa Terve kunta -verkoston kunnissa ohjelman tavoitteita on hyödynnetty eri tavoin. Toisaalta tavoitteiden toteutumisen tutkimiseen kuntakohtaisesti ei ole tässä yhteydessä ollut mahdollista paneutua.

Kansanterveysohjelman hyötyjä kuvailtiin seuraavasti:

- Ohjelman tavoitteet ovat olleet yhteneväisiä kunnan kansanterveystyön tavoitteiden kanssa.
- Valtakunnalliset tavoitteet antavat pohjaa kunnissa tehtävälle työlle.
- Apuvälineitä jonkin asian eteenpäin viemiseksi, koska taustalla valtakunnallinen tuki.
- Tuki strategisten tavoitteiden asettamista ja hyvinvointikertomuksen seurantaindikaattorien valintaa.
- Kunnan omat tavoitteet ovat samanlaisia kuin kansalliset tavoitteet, vaikka käsitteet hieman eroavat (esim. terveys vs. hyvinvointi). Kansalliset tavoitteet tukevat kunnan omia tavoitteita, antavat niille selkänöjää ja merkityksellisyyttä, ja niihin voidaan vedota kunnallispolitiikkoja lähestyttäessä (talo-usarvio). Mahdollistaa indikaattoreiden hyödynnettävyyden ja kansallisen arvioinnin.
- Antaa toiminnalle suuntaviivat.

Ohjelmakaudella Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelutapaa onnistuttiin tekemään tunnetuksi kunnissa, vaikka se on ollut hidas prosessi. Haastateltujen mukaan kuntahanke kutsui hankekunnissa koolle eri hallinnonaloja, joiden edustajat eivät olleet tavanneet koskaan toisiaan. Myöskään samat ideat eivät toimineet erikokoisissa kunnissa, jotka lisäksi kilpailivat keskenään, eivätkä siksi halunneet jakaa omaa osaamistaan.

Poikkihallinnolliset yhteistyöverkostot ovat viimeaikoina lisääntyneet selvästi. Kuntahankkeen kehittämistyössä luotiin malli poikkihallinnollisten operationaalisten ryhmien ja kuntien hyvinvointiryhmien työstä. Niissä kunnissa, joissa hyvinvointiryhmä otettiin käyttöön, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toimeenpano edistyi ja systematisoitui merkittävästi. Vuoden 2015 TEAviisarin kuntajohdon tiedonkeruun mukaan 21 kuntaa ilmoitti, että hyvinvointiryhmää ei ole. Nämä kunnat saavat terveyden edistämisen aktiivisuuden eri osa-alueista huonoja summapistejä välillä 8–53, kun kaikkien kuntien summapisteen ovat välillä 69–81.

Jos kuntien hyvinvointiryhmien perustaminen auttoi yhteistyön ja rakenteiden konkretisoinnissa kunnissa, eivät alueelliset koordinaatiomuodot, eivätkä alueelliset eri toimijoita yhteen kokoavat työryhmät olleet yhtä suosittuja. Haastattelujen mukaan alueilla (maakunnilla) on kuitenkin voimaa patistaa kuntia tervey-

denedistämistyöhön. Työtä piti tehdä verkostomaisesti, sillä yleensä sitä tehtiin osapäiväisesti muun työn ohessa ja niukoilla resursseilla. Verkostoituminen osoittautui lopulta hyväksi; sen myötä paikallisten toimijoiden osaaminen eri hallinnonaloilta saatiin mukaan yhteiseen työhön. Lainsäädäntöhankkeiden nähtiin vahvistaneen kuntien toimintaa.

Konkreettisena esimerkkinä yhteistyön etenemisestä kunnissa voi nostaa kyselyn vastauksista käsitteen käytön: ”Emme käytä käsitettä kansanterveys/terveys vaan laajempaa hyvinvoinnin käsitettä, jossa huomioidaan myös esimerkiksi sosiaaliset ja ympäristötekijät yksilön elämässä. Asenneilmapiiri on muokautunut tämän asian suhteen niin, että automaattisesti kutsutaan esimerkiksi kaupunkiympäristön ihmisiä mukaan, jos suunnitellaan vaikkapa ikäihmisten tai kulttuurin kehittämisen asioita”.



Kuvio 11. Eri toimijoiden edustus kuntien hyvinvointiryhmissä, Kuntajohdon tiedonkeruu 2015 (N=230). (THL 2016c).

Kun kansalliset pitkän aikavälin tavoitteet jäivät konkretisoimatta, piti ohjelman toimeenpanossa kunnissa luottaa omaan osaamiseen. Rajallisilla resursseilla kuntien oli pakko keskittyä ja tehdä strategisia valintoja, jotka lähtivät paikallisista tarpeista. Erään haastattelun mukaan ratkaisut ovat aina paikallisia, vaikka mittarit tai tavoitteet olisivat kansallisia. Kansanterveysohjelmaa ei viety konkreettisesti kentälle; olisi pitänyt tehdä kunnallinen toimeenpanosuunnittelu heti alussa, määritellä selkeämmin resurssit ja vastuut. Olisi tarvittu myös selkeää työnjakoa, mitä tehdään eri hallinnon tasoilla (valtakunnallisesti, alueellisesti, kunnissa).

Kunnissa ja kuntatyötä tukevilla kehittämisprojekteissa luotiin ja testattiin toimintatapoja ja rakenteita sisällöllisten ratkaisujen rinnalla. Toimeenpanon tukena olivat erilaiset verkostot, vuosittaiset Terve Kunta -päivät sekä yksittäiset valtakunnalliset kehittämis- tai juurruttamishankkeet omine resursseineen. Samanlaisesti muut kansalliset laatusuosituksot, ohjelmat ja hankkeet toivat konkretiaa kansanterveysohjelmankin

toimeenpanoon. Terveyden edistämisen määrärahat nähtiin oleellisiksi kuntien hankkeiden toteutuksen mahdollistajaksi.

Kuten haastateltavat, myös kyselyyn vastanneet kunnat olivat tyytymättömiä toimeenpanon liian yleisiin tavoitteisiin ja alueellisten mittareiden puutteeseen. Ohjelman konkretian lisääminen ja esimerkkien esittäminen sekä ohjelman tavoitteiden jalkauttaminen nähtiin mahdollisuuksina lisätä ohjelman hyödynnettävyyttä.

Toimeenpanon tuen mainintoja kyselyvastauksissa:

- Taloudellinen niukkuus on lisännyt kiinnostusta, miten sosiaali- terveysasioita linjataan.
- Resursointi terveyden edistämiseen.
- Mitä enemmän tietoa tavoitteista saa, niin helpompi niitä on viedä eteenpäin.
- Hyvä poikkihallinnollinen ja monialainen yhteistyö.
- Olemme saaneet kunnanvaltuuston mieltämään hyvinvoinnin edistämisen olevan keskeinen osa kaupungin imagoa ja brändiä, johon pitää panostaa, myös rahallisesti.

Toimeenpanon lähtiessä alueen omista tarpeista korostuu paikallisen seurantajärjestelmän merkitys. Muuri-
nen ym. (2008) mukaan kansallisella tiedolla ei nähty olevan soveltamismahdollisuuksia kunnissa vaan tarvittiin paikallista tarkastelua. Tarpeeseen vastattiin luomalla kuntien hyvinvointikertomustyö ja seurantaindikaattorit. Valtakunnallinen toiminta tuki indikaattorityötä säännöllisillä tietojen keruilla kuten koulu-terveyskysely ja myöhemmin Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus sekä indikaattoripankilla - SOT-KAnet.

Seurantaa ja arviointia sivuttiin sekä haastatteluissa että kyselyissä hyvin vähän. Seurannan nähtiin tukeeneen informaatio-ohjausta: tuotettua tukimateriaalia, koulutuksia, kehittämistyön tukea ja muuta asiantuntijatukea.

Kyselyn vastausten perusteella kansanterveysohjelman hyötynä nähtiin tuki kunnan strategisten tavoitteiden asettamiselle ja hyvinvointikertomuksen seurantaindikaattorien valinnalle. Hyötynä nähtiin myös kansallinen arviointi, vaikka sen hyödyntämistä olisi mahdollista lisätä tekemällä aktiivista hyvinvoinnin seurantaa ja tiedon välittämistä valtakunnallisesti.

Edistyminen valituissa teemoissa

Tässä tarkastellaan toimeksiannon mukaisesti kolmea teema-aluetta tarkemmin: kuntien terveyden edistämistä, Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatapaa ja eriarvoisuuden vähentämistä. Arviot perustuvat haastatteluissa nostettuihin näkemyksiin sekä kirjoittajien omiin havaintoihin ja niitä peilataan muutamiin raportteihin ja julkaisuihin (mm. WHO 2013a ja 2013b, Melkas 2013, Sihto ym. 2013).

Kuntien terveyden edistämistyön kehittyminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö kunnissa on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Valtaosa kunnista on nimennyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahot ja poikkihallinnollinen yhteistyö on yleistynyt. Myös väestön terveys- ja hyvinvointitietojen käsittely kunnan johtoryhmässä ja näiden tietojen raportointi valtuustolle on lisääntynyt. (Ståhl ym. 2015.)

Kunnille tarjottu tuki

Lainsäädännön tuki kuntien terveyden edistämiseksi on laaja. Lukuisten yksittäisten sisältölakien lisäksi terveyden edistämistyölle antaa säädöspohjaa:

- Kuntalaki (2015/410), jonka mukaan kunnan keskeinen perustehtävä on kuntalaisen hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen,
- Terveystuolilaki (1326/2010), jonka 2 luku määrittelee laajasti kunnan tehtäviä kuntalaisten terveyden edistämiseksi ja
- Sosiaalihuoltolaki (2014/1301), jonka 7 § esittelee rakenteellisen sosiaalityön käsitteen, joka sisällöllisesti on hyvin yhteneväinen terveyden edistämisen käsitteen kanssa.

Kuntien tueksi, kuntien kuulemiseksi ja paikallisten kokemusten keräämiseksi toteutettiin Terveystuolien edistämisen aluekierroksia (STM) peruspäiväministeri Liisa Hyssälän johdolla (25 tilaisuutta) vuonna 2006 ja (11 tilaisuutta) peruspäiväministeri Paula Risikon johdolla vuonna 2009. Kierroksilla on ollut mukana myös muiden hallinnonalojen edustajia. Terveystuolien edistämisen aluekierrosten tilaisuuksiin on kutsuttu kuntien luottamushenkilöjohdon, yleisjohdon ja eri toimialojen edustajien lisäksi paikallisten järjestöjen ja koulutusorganisaatioiden edustajia. Näiden lisäksi on järjestetty muita laajamittaisia, alueellisia koulutustilaisuuksia erilaisista oppaista tai lainsäädäntöhankkeista. (STM 2012, 99.)

Terveystuolien ja hyvinvoinnin laitoksella kuntien terveyden edistämisen työtä tukemaan on perustettu aihe sivusto, uudistettu terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaava TEAviisari-verkkopalvelu sekä toimittu verkostoyhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

Terveystuolien edistämisen aihe sivusto

Terveystuolien edistämisen aihe sivusto avattiin vuonna 2014 ja se tukee kuntia ja alueita tarjoamalla tuoreita tietoa ja välineitä terveyden edistämisen johtamiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Sivusto on suunnattu kuntien ja alueiden päätöksentekijöille ja terveyden edistämisen toimijoille. Sivustolla oli noin 5 900 kävijää ja 15 000 sivulatausta marraskuun 2015 aikana. www.thl.fi/terveyden-edistaminen

Uudistunut TEAviisari-verkkopalvelu

Syysyllä 2015 terveyden edistämisen aktiivisuutta (TEA) kuvaava verkkopalvelu uusittiin. Verkkopalvelussa on lähes 1 000 indikaattoria kiteytetty visuaalisiksi näkymiksi ja yksittäiset tiedot on tulkittu valmiiksi. Tulokunnan tueksi kehittämiskohteet ja vahvuudet havainnollistetaan liikennevaloista tutuilla väreillä. Terveystuolien edistämisen suunnittelua ja johtamista kuvaavia tietoja voi tarkastella kunnan, koulun/oppilaitoksen, koulutuksen järjestäjän, sote-järjestäjän, maakunnan, AVI-alueen tai koko maan näkökulmista. Terveystuolien edistämisen toimintatapojen kuntakohtaista käyttöä voi tarkastella TEAviisarilla esimerkiksi vastuutusta0, hyvinvointikertomuksen tekoa ja ennakkoarvioinnin käyttöä.

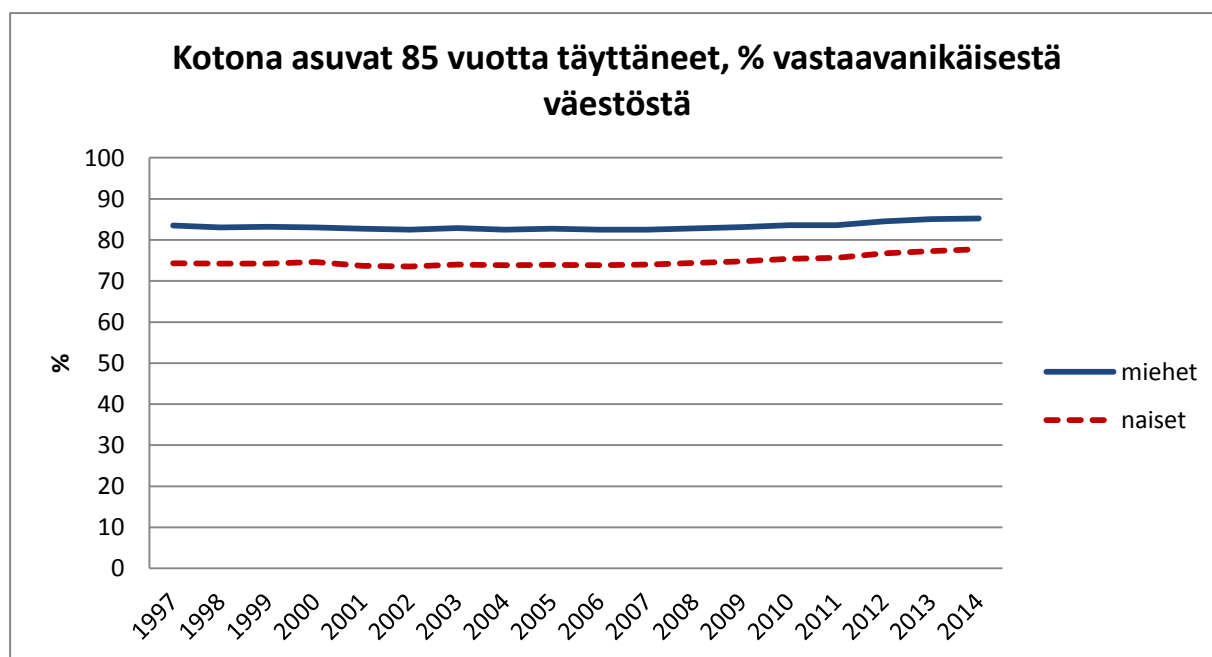
Verkostotyö

Terve Kunta -verkoston toiminnassa keskeistä on tuottaa ja välittää kokemuksellista tietoa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisuuksista, keinoista ja työtavoista sekä kuntien ja seutukuntien välillä että valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Verkosto toteuttaa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ja WHO:n Healthy Cities -ohjelman tavoitteita, jotka ovat väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sairauksien ehkäisy. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä verkostokuntien terveyden edistämisen strategista johtamista, toimintamuotoja ja toiminnan arviointia. Terve Kunta -verkostoon voivat liittyä kaikki Suomen kunnat ja seutukunnat, jotka täyttävät liittymisen kriteerit. (THL 2015.)

Terve Kunta -verkoston jäsenenä oli vuoden 2015 alussa 16 kuntaa, neljä seutukuntaa ja yksi maakunta. Toiminta tavoittaa näin ollen noin miljoona suomalaista. Terve Kunta -verkoston pääteema vuosina 2013–2016 on terveyden tasa-arvo kaikessa paikallisessa toiminnassa. Verkoston toimintaa koordinoi THL.

Kuntien kannalta verkosto on tärkeä uusien terveyttä edistävien käytäntöjen esiin tuoja, kehittäjä ja juurruttaja. Kunnat tarvitsevat Terve Kunta -verkostoa erityisesti nyt ja tulevana vuosina ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ja itsehallintoalueiden tehtävien määrittelyssä, joka vaikuttaa merkittävästi kuntien toimintaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyössä. (Terve kunta -verkosto 2015.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja eriarvoisuuden vähentämisen -oppimisverkosto (HyTE-oppimisverkosto) tukee hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnan suunnittelua, toteuttamista ja arviointia sekä edistää hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista kunnissa ja alueilla. Kaikille avoimessa HyTE-oppimisverkostossa saadaan muun muassa Terve kunta -verkoston kokemukset laajempaan käyttöön. Verkosto järjestää kansallisia foorumeja ja alueellisia työpajoja. Alueellinen toiminta toteutetaan yhteistyössä alueellisten toimijoiden kanssa. Verkosto julkaisee sähköistä verkostokirjettä, joka ilmestyy kuusi kertaa vuodessa. Toimintaa koordinoi THL. (Innokylä 2015.)



Kuvio 12. Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä. (THL 2016a). Vuoden 2008 jälkeen, entistä suurempi osa iäkkäistä asuu kotona.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa vuonna 2015

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmänä toimi noin puolessa kunnista (52 %) eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä. Kunnan johtoryhmä tai laajennettu kunnan johtoryhmä toimi työryhmänä noin joka neljännessä kunnassa (27 %). Alle kymmenes (9 %) ilmoitti, ettei kunnassa ollut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmää. (Ståhl ym. 2015.)

Vuonna 2015 vastuu kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä oli yleisimmin annettu johtoryhmälle (kunnan johtoryhmä 36 % tai muu johtoryhmä 12 %). Neljännes (24 %) kunnista oli antanut vastuun kunnanjohtajan tai muun yksittäisen viranhaltijan vastuulle. Usean eri viranhaltijan vastuulle sen oli antanut lähes viidesosa (18 %) kunnista. Suurin muutos kahden vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna oli vastuutahon nimeäminen useammin ryhmän kuin yksittäisen viranhaltijan vastuulle, mikä oli yleisin (48 %) vastuutaho vuonna 2013. Myös vastuutahoja nimeämättömiä kuntia oli vuonna 2015 vähemmän (10 %) kuin vuonna 2013 (19 %). (Ståhl ym. 2015.)

Hyvinvointikertomus

Valtuuston hyväksymä hyvinvointikertomus oli vuonna 2015 lähes neljässä viidestä kunnasta (79 %). Tämä on hieman vähemmän kuin olisi voinut olettaa vuoden 2013 tietojen perusteella, jolloin kolmanneksessa (33 %) kunnista hyvinvointikertomus oli tehty ja se oli tekeillä yli puolessa (55 %). Laaja hyvinvointikertomus oli kunnan verkkosivuilla kuntalaisten avoimesti tarkasteltavana 54 prosentissa kunnista. (Ståhl ym. 2015.)

Sähköinen hyvinvointikertomus (SHVK) on päätösten valmistelussa ja kunnan johtamisessa hyödynnettävä työkalu: internetissä toimiva työväline, jolla kunnat valmistelevat vuosittaiset raportoinnit valtuustolle ja laajan hyvinvointikertomuksen, joka laaditaan kerran valtuustokaudessa. Sähköisen hyvinvointikertomuksen käyttöä opetellaan jo lähes 250 kunnassa ja se on ainakin 124 kunnassa aktiivisessa käytössä. (FCG 2015.)

Sähköinen hyvinvointikertomus siirtyi vuonna 2014 Suomen Kuntaliiton omistukseen. Sen kehittämisen jatkuu yhteistyössä kuntien, kansallisten asiantuntijoiden ja Kuntaliiton tytäryhtiö Finnish Consulting Group Oy:n (FCG) välillä. Teknisen alustan päivitys toteutettiin 2015. Työvälineen tukimuotoina ovat kuntakohtaiset ja alueelliset valmennukset ja konsultoinnit. (Suomen kuntaliitto 2014.)

Vaikutusten ennakoarviointi

Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoarvointimenetelmän malleja on luotu yhdessä kuntien kanssa kuntahankkeen aikana. Päätöksen siitä, että hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten ennakoarvointimenetelmä otetaan käyttöön, oli tehnyt 23 prosenttia kunnista. Menetelmän suunnitelmallinen käyttö oli kunnissa vielä harvinaista. Kolme neljäsosaa (73 %) kunnista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt menetelmää kuntastrategian valmistelussa lainkaan. Muiden suunnitelmien ja ohjelmien valmistelussa sitä oli käytetty joillakin toimialoilla reilussa kolmanneksessa (35 %) kunnista. Kahden vuoden seuranta-ajalla ennakoarvointimenetelmän suunnitelmallinen käyttö oli pysynyt ennallaan. (Ståhl ym. 2015.) Sähköiseen hyvinvointikertomukseen on lisätty ennakkollinen vaikutusten arviointi osio vuoden 2016 alusta.

Terveys kaikissa politiikoissa on laajentunut hyvinvointiin

Ohjelmakauden aikana myös termien käyttö on muuttunut. Health in All Policies eli Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatapa nostettiin esiin 2006 Suomen EU:n puheenjohtajuuskaudella (Melkas 2013). Terveys kaikissa politiikoissa -käsitettä on kritisoitu siitä, että muilla hallinnonaloilla ajatellaan terveysasioiden kuuluvan Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin eikä heidän omiinsa. Siten heidän motiivointinsa yhteistyöhön terveys edellä on ollut joskus haastavaa. Kuitenkin Terveys kaikissa politiikoissa -ajattelussa huomiota kiinnitetään erityisesti terveyden taustatekijöihin eli hyvinvoinnin osatekijöihin ja siten aiheisiin, joita erityisesti edistetään muilla hallinnonaloilla.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä puhuttaessa eri hallinnonalojen mukaan saaminen on jo helpompaa. Siksi viime vuosina Kansanterveyden neuvottelukunnan työskentelyssä on otettu käyttöön HyTE-työ -termi, joka viittaa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen -aihekokonaisuuteen. Uusimpana lyhenteenä, vuodesta 2015 alkaen, näkee HWIAP -kirjainyhdistelmää, joka muodostuu sanoista Health and Well-being in All Policies.

HyTE (hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen) -toiminta perustuu siihen lähtökohtaan, että yhteisiä hyvinvointi- ja terveystavoitteita ei voida saavuttaa ainoastaan

sosiaali- ja terveyssektoreiden toimilla ja että kaikilla hallinnonaloilla on toimia, jotka vaikuttavat suoraan väestön hyvinvointiin ja eriarvoisuuteen sekä terveyttä määrittäviin tekijöihin. (STM 2015.)

Toiminnan tavoitteena on, että eriarvoisuuden vähentäminen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen toteutuisivat kaikkien hallinnonalojen päätöksenteossa systemaattisesti. Tarkemmin muotoiltuna pyritään siihen, että kaikki ministeriöt sisällyttävät HyTE-näkökulmat politiikkatoimiinsa jo valmisteluvaiheessa ja arvioivat HyTE-vaikutukset osana säädösvaikutusten arviointia ja että tuleviin hallitusohjelmiin tarjottavat HyTE-vaikutuksia sisältävät aloitteet valmistellaan poikkihallinnollisesti yhdessä niihin osallistuvien tahojen kanssa. (STM 2015.)

Poikkihallinnollisen yhteistyön keskeinen vakiintunut rakenne on ollut kevääseen 2015 asti kansanterveyden neuvottelukunta ja sen HiAP -jaosto. Kansanterveyden neuvottelukunnan puheenjohtajana toimi Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö. Neuvottelukunnan ja sen jaostojen jäsenet ovat olleet ministeriöiden (n=5) virkamiehiä, tutkimus- ja kehittämislaitosten ja Kuntaliiton asiantuntijoita sekä kansalais- ja ammattijärjestöjen edustajia. Kansanterveyden neuvottelukunta kokoontui 4-6 kertaa vuodessa ja sen HiAP -jaosto 6-8 kertaa vuodessa. Jaoston kokoukset järjestettiin syksystä 2014 lähtien vuorotellen eri ministeriöissä, jolloin kokousta isännöivä ministeriö on voinut tuoda käsittelyyn omia HyTEen kytkeytyviä aiheita.

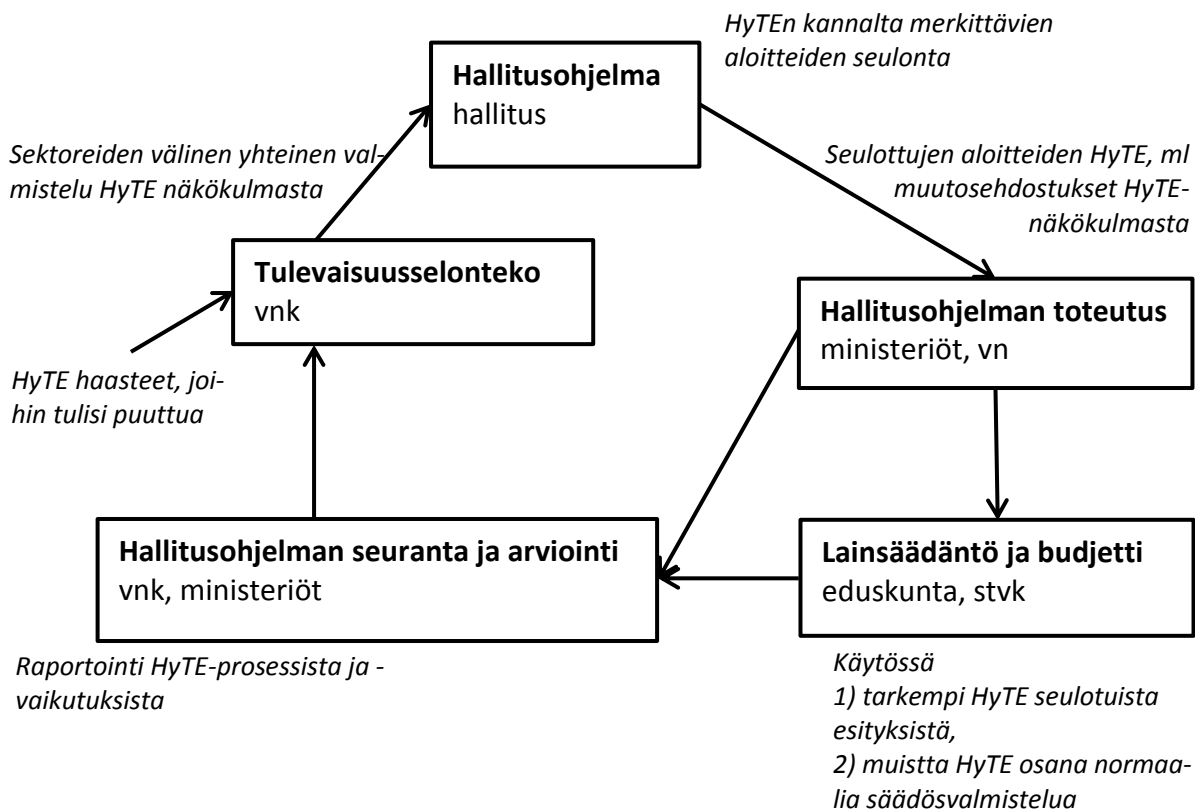
Neuvottelukunnassa ei ollut edustettuna kaikkia ministeriöitä. Syksystä 2013 lähtien jokaisessa ministeriössä (n=12) on ollut nimetty HyTE-yhteyshenkilö, joka on eräänlainen focal point, ts. kerää ja välittää tietoa. Työskentely on edellyttänyt aktiivista koordinaatiota, systemaattista yhteydenpitoa ja eri ministeriöiden virkamiesten toistuvaa motivoimista työhön. Ministeriöiden johdon sitoutuminen HyTE-toimintaan alkaen kansliapäällikkötasolta on välttämätön edellytys työn etenemiselle. HyTE-toimintaa kehittää ja koordinoi STM:n terveyden edistämisen ryhmä. (STM 2015.)

Suunniteltu toimintakokonaisuus

Kansanterveyden neuvottelukunnan poikkihallinnollisen HyTE-työn kehittämiseksi ja Kataisen hallitusohjelman (2011) kirjausten ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan” konkretisoimiseksi ja toimeenpanemiseksi STM laati epävirallisen toimeenpanosuunnitelman.

Toimeenpanosuunnitelman mukaan on kehitettävä nykyisiä rakenteita ja toimintatapoja, samalla kun vältetään hallinnon taakan turhaa lisäämistä. Kehittämisen painopisteiksi esitettiin kolmea keskeiseksi koettua kokonaisuutta (Ollila 2013):

1. Rutiininomaista säädösvaikutusten arviointia tulisi hyvinvointi- ja terveysvaikutusten osalta tehostaa.
2. Ne aloitteet, joissa HyTE-vaikutukset tulisi arvioida rutiinisäädösvaikutusten arviointia tarkemmin, tulisi tunnistaa ja näiden valmistelua ja tuloksia tulisi tukea ja seurata. Hankkeiden tunnistus tulisi tehdä niin aikaisessa vaiheessa, että HyTE-vaikutusten arviointi ja vaihtoehtoisten toimien ehdottaminen voitaisiin tehdä muutosten kannalta oikea-aikaisesti. HyTE-arviointi- ja vaikuttamisprosessit tulisi dokumentoida yhdessä niiden hallinnonalojen kanssa, joita ne pääasiassa koskevat.
3. Seuraaviin hallitusohjelmiin tarjottavien merkittävien poikkihallinnollisuutta vaativien hyvinvointi- ja terveysongelmien saaminen hallitusohjelmaan vaatii aiempaa systemaattisempaa strategista valmistelua yhdessä niiden tahojen kanssa, joita ehdotetut toimet koskettaisivat.



Kuvio 13. Yksinkertaistettu kaavio HyTE-toiminnan vaiheista. (Ollila 2013)

HyTE -toiminnan laajat työseminaarit

STM on järjestänyt kerran vuodessa kaksipäiväisen Hyvinvointi kestävän kasvun perustana - työseminaarien sarjan, johon on osallistunut kaikkien ministeriöiden virkamiehiä. Työseminaarit on valmisteltu yhteistyössä Kansanterveyden neuvottelukunnan HiAP -jaoston ja ministeriöiden HyTE-yhteyshenkilöiden kanssa.

Ensimmäinen työseminaari vuonna 2013 keskittyi yhteisen ymmärryksen luomiseen HyTE:stä. Toinen työseminaari järjestettiin marraskuussa 2014 Siikarannassa, jolloin tavoitteena oli suunnitella ja sopia, kuinka ministeriöt valmistelevat yhdessä tulevaisuuskatsauksista nousevia poikkihallinnollisia teemoja, joilla on merkittäviä hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia. Prosessi jatkui ministeriöiden virkamiesten yhteistyönä kirjoittamalla virkamiespapereilla valittujen seminaariaiheiden konkretisoimisella hallitusohjelman toimintasuunnitelman tueksi. Sekä työseminaarin tuotoksia että Kansanterveyden neuvottelukunnassa pidettyjä esityksiä on käytetty hallitusohjelman virkamiesvalmistelussa hallitusohjelman toimintasuunnitelman valmistelussa.

Virkamiehille suunnattujen työseminaarien lisäksi järjestettiin maaliskuussa 2014 korkean tason seminaari, johon mm. kansliapäälliköt osallistuivat ja jonka tavoitteena oli rakentaa yhteistä ymmärrystä HyTEstä ja sitouttaa eri ministeriöt työhön mukaan. Yhteistä työtä tuki myös STM:n ja eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan järjestämä seminaari keväällä 2015 pikkuparlamentin auditoriossa. Seminaarissa esiintyi eri hallinnonalojen edustajien lisäksi kansanedustajia.

HyTE-toiminnan laajentaminen ministeriöihin

Hyvinvointi kestävän kasvun perustana -prosessissa on pyritty siihen, että HyTEstä muodostuisi yhteinen tavoite, eikä määriteltäisi HyTE-tavoitteita STM-lähtöisesti. Toisaalta muissa ministeriöissä ei aina tunnisteta, miten HyTE kytkeytyy omaan työhön, ja odotetaan STM:n tuottamia tavoitteita ja sisältöjä. HyTE-toimintaan osallistuneiden virkamiesten mandaatti, asema omassa organisaatioissaan ja sitoutuminen vaihtelee. Haasteita liittyy myös yhteistyöverkostojen puuttumiseen eri ministeriöiden sisällä. Yksi ministeriön edustaja ei pysty kattamaan koko ministeriön toimialaa ja hahmottamaan eri osastojen aihepiirien liittymistä HyTE-näkökulmiin ja siksi ministeriöiden sisäistä yhteistyötä HyTE-asioissa tulisi vahvistaa. (STM 2015.)

Pulmia tuottaa myös mahdollisuus resursoida työaikaa poikkihallinnolliseen yhteistyöhön. Oma haasteensa on se, että HyTE-toiminnalla ei ole vielä vakiintunutta muotoa varsinkaan Kansanterveyden neuvottelukunnan toimikauden lakattua. Tämä näkyy yhteistyörakenteiden ja toimintatapojen kokeilemisena ja kehittämisenä. Myös seuranta- ja arviointirakenteet puuttuvat, kun aiemmin käytössä ollut Sosiaali- ja terveystietomusta ei enää olla tehty. (STM 2015.)

HyTE-toimintaa edistäisi, jos eri ministeriöissä toimisi kyseisen hallinnonalan tavoitteita toteuttava HyTE-ryhmä, jossa on mukana edustajia ko. ministeriön eri osastoilta. Eri aloilla toimivia HyTE-ryhmiä tukisi poikkihallinnollinen verkostomainen toimintamuoto, jota STM koordinoisi. Lisäksi aiempi monialainen yhteistyöprosessi – Hyvinvointi kestävän kasvun perustana – osoitti, että tarvitaan konkreettisia yhteisiä työkohteita, jotta yhteistyö ulottuisi syvemmälle kuin yhteiseen keskusteluun. (STM 2015.)

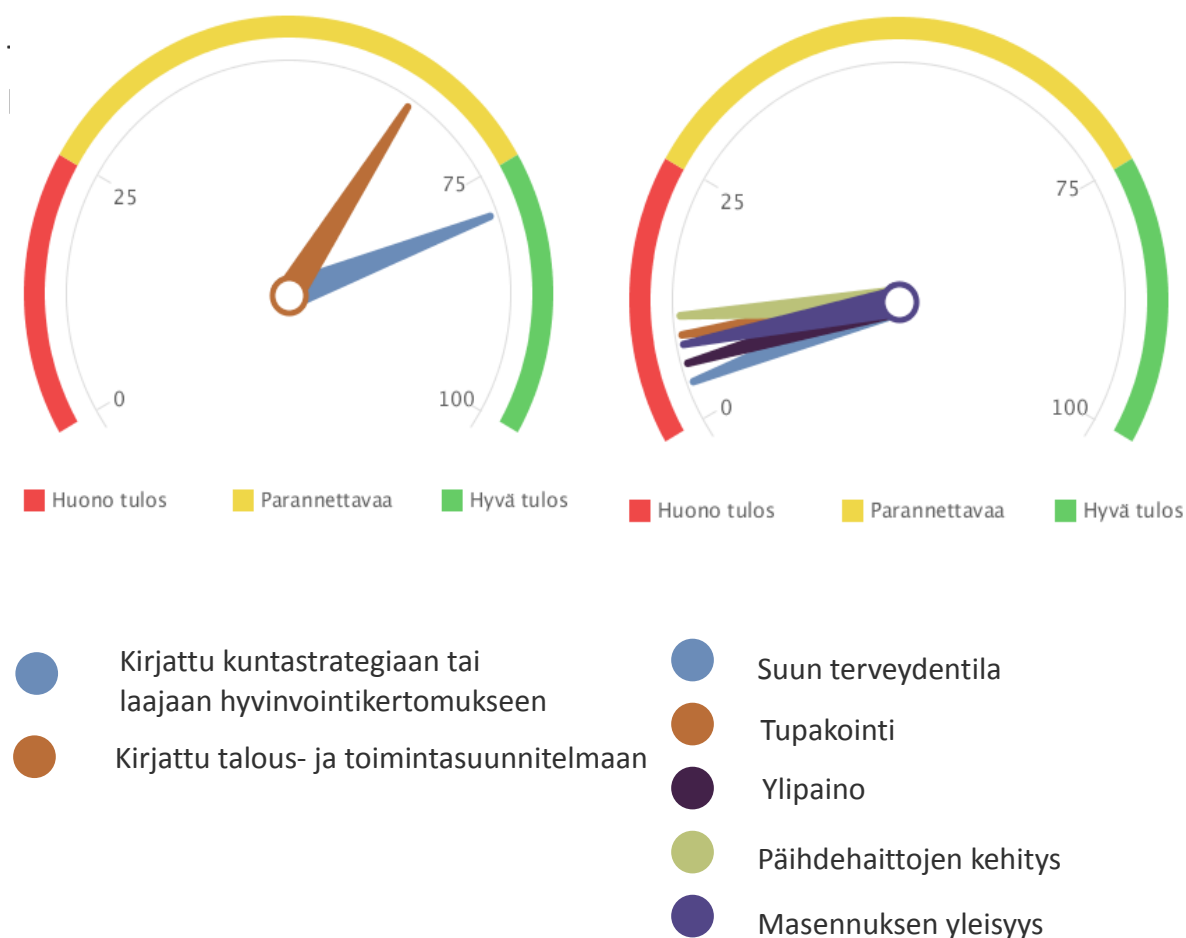
HyTE-vaikutusten ennakkoarviointi

Vuosina 2014–2015 STM rahoitti hanketta: Ihmisiin kohdistuvien säädösvaikutusten arvioinnin työkalujen kehittäminen. Hankkeen tehtävänä oli koota STM:n hallinnonalan erilaiset säädösvaikutusarvioinnit yhdeksi ihmisvaikutusten (IVA) arviointikonaisuudeksi, koota eri hallinnonalojen kokemuksia ja tuottaa työkaluja ihmisvaikutuskokonaisuuden arvioimiseksi osana säädösvaikutusten arviointia, suunnitella yhdessä eri hallinnonalojen kanssa vaikutusarviointiprosessit ja tehdä ehdotus vaikutusarviointien tuesta, seurannasta ja arvioinnista. Hankkeen materiaali julkaistaan keväällä 2017.

Sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen

WHO:n ajattelussa Health in All Policies eli Terveys kaikissa politiikoissa sisältää myös terveyserojen kaventamisen, mutta Suomessa tämä ei ole itsestään selvää. Terveysteen ja yleisemmin hyvinvointiin melko pitkällä aikavälillä vaikuttavia syytekijöitä kutsutaan myös terveyden taustatekijöiksi. Näitä ovat yhteiskunnan makrotason rakenteet, elin- ja työolot, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä yksilön elämäntyyli. Näihin terveyden taustatekijöihin voidaan vaikuttaa kaikilla hallinnonaloilla. Sosiaalista eriarvoisuutta voidaan vähentää eri hallinnonalojen toimilla tavoittelematta lainkaan terveyshyötyjä. Koska sosiaalinen eriarvoisuus ilmenee viimekädessä terveyseroina, eriarvoisuuden kaventamisen voi katsoa vähentävän myös terveyseroja. Eriarvoisuuden vähentäminen vaatii erikseen huomioon ottamista.

Sosioekonomiset terveyserot ovat sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa, toimintakyvyssä ja kuolleisuudessa. Esimerkiksi Terveystenhuoltolain (2010) 12 § mainitaan, että ”Kunnan on seurattava asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin”. Tämä tulkitaan yleensä koskevan eri ikäryhmiä tai sukupuolia, vaikka lainkirjoittajan mielessä väestöryhmillä tarkoitettiin myös sosioekonomisia ryhmiä.



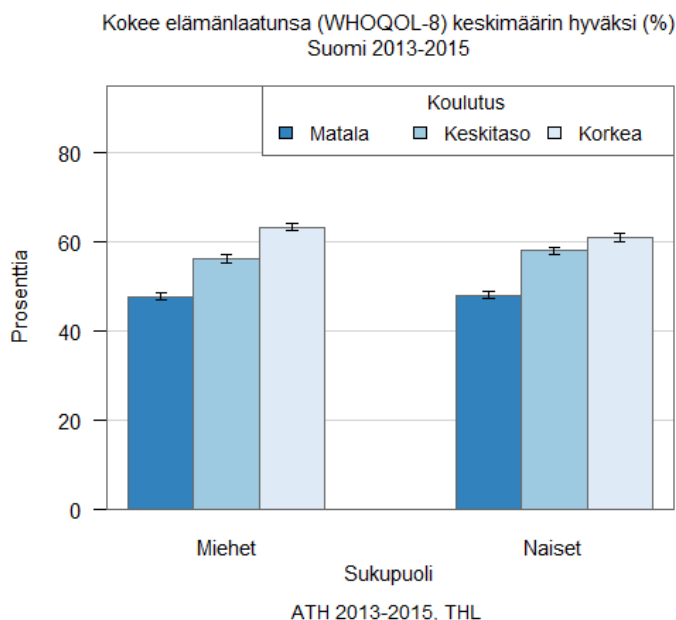
Kuvio 14. Terveyserojen kaventaminen tavoitteena ja raportointi koulutusryhmittäin luottamushenkilöille. (THL 2016c). Terveyserojen kaventamisella tarkoitetaan ilmeisesti jotain muuta kuin koulutusryhmien välisiä terveyseroja tai ainakaan tavoitteen toteutumista koulutusryhmittäin ei seurata ja raportoida.

Eriarvoisuus tarkoittaa terveyden tasa-arvon näkökulmasta sellaista erilaisuutta, jota voidaan pitää epäoikeudenmukaisena ja myös vältettävissä olevana. Kyse ei siis ole kaikesta terveyden vaihtelusta, jota ihmisten ja väestöryhmien välillä esiintyy, vaan eroista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi ja joiden syntyä ei voida pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksina. Lisää tietoa eriarvoisuudesta ja sen vähentämisen mahdollisuuksista THL:n ylläpitämässä Hyvinvointi ja terveyserot -sivustossa (www.thl.fi/hyvinvointi-ja-terveyserot).

Terveyserojen kaventamisohjelma

Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveystalouden tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan. Sosiaali- ja terveysministeriön alaiset laitokset ovat vuodesta 2004 alkaen toteuttaneet yhteistyössä Terokahanketta, jossa on selvitelty sosioekonomisia terveyseroja, niiden syitä ja kaventamismahdollisuuksia. Tämä muodosti osaltaan taustaa sille, että sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2008 erillisen toimintaohjelman sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseksi vuosille 2008–2011. (Rotko ym. 2012.)

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteen 8 (Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä) toteuttamiseksi katsottiin tarpeelliseksi laatia erillinen toimintaohjelma terveyserojen kaventamiseksi. Ensi kertaa Suomessa määriteltiin ja linjattiin täsmällisemmin, mitä terveyserojen kaventaminen tarkoittaa.



Kuvio 15. Kokee elämänlaatussa keskimäärin hyväksi sukupuolen ja koulutuksen mukaan. (Kaikkonen ym. 2015).

Terveyserojen kaventamisen tavoitetta ei ole kuitenkaan edelleenkään saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoite ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentymisestä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä ei toteutunut.

Toimintaohjelmassa mainitaan, että terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen, työoloihin ja asumiseen,
- Tukemalla terveellisiä elintapoja yleisesti ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä,
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman loppuraportissa arvioimme, että tavoitteiden saavuttamiseksi valitut toimenpiteet olivat kuitenkin varsin terveyskeskeisiä, mikä ei palvele kovin hyvin ainakaan ensimmäistä päälinjausta. Todellinen poikkihallinnollisuus tai muiden hallinnonalojen mukaan saaminen jäi puutteelliseksi. Jo toimintaohjelman nimi ”Terveyserojen kaventamisen...” on saattanut joidenkin toimijoiden mielestä tarkoittaa sitä, että asia kuuluu pelkästään STM:n hallinnonalalle. (Rotko ym. 2012.)

Suomen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa oli mielestämme hyvää pyrkimys vaikuttaa elintapoihin politiikan keinoin ja väestötasolla yksilötason lisäksi. Näitä pyrkimyksiä olivat esimerkiksi tupakka- ja alkoholiverotus sekä työpaikkaruokailumahdollisuuksien ja laadun parantaminen (joukkoruokailu). Toimintaohjelman toimiaikana onnistuttiin muutamissa lainsäädäntöhankkeissa, kuten oppilashuollossa, kohdistamaan huomio terveyseroihin vaikuttaviin tekijöihin. Asenteet, tietoisuus ja yleinen ilmapiiri terveyserojen kaventamisen tarpeellisuudesta kasvoivat toimintaohjelman toimeenpanon aikana. (Rotko ym. 2012.)

Kyseisen loppuraportin (Rotko ym. 2012) mukaan valitut toimenpiteet eivät olleet välttämättä eriarvoisuuden kaventamismäkökulkumasta riittävän kattavia, oikein kohdennettuja ja riittävän laajasti terveyserojen syytekijöihin vaikuttavia. Terveyserojen kaventaminen oli kuitenkin näkyvästi esillä hallituskauden aikana julkisuudessa ja poliittisessa keskustelussa. Nykyisen hallitusohjelman kirjaukset osoittavat, että kaventaminen on yleisesti hyväksytty yhteiskunnallinen tavoite. Terveysero-ohjelman vastuutahojen mukaan toimintaohjelman myötä tapahtui myös oppimista, ilmiön ymmärrys lisääntyi ja yhteistyötarpeet ongelman ratkaisemiseksi nousivat laajasti tietoisuuteen.

Toimintaohjelman vastuutahojen mukaan eriarvoisuuden kaventamiseksi tarvitaan (Rotko ym. 2012):

- uutta orientaatiota, joka ei keskity vain lopputulokseen vaan syy-seuraus -suhteisiin vaikuttamiseen,
- universaalien palveluiden rinnalle kohdennettuja toimia, suhteellista universalismia ja enemmän suhteellista tukea silloin kuin tarve vaatii,
- hyödyntää nykyistä enemmän vertaistukea,
- tuottaa ja välittää tietoa kaventamisen keinoista ja kustannushyödyistä.

Jatkossa terveyserojen kaventaminen vaatii vielä laaja-alaista sitoutumista ja kaventamistoimintaan osallistumista yhteiskunnan eri toimijoiden osalta. Lisäksi tarvittaisiin toimien kohdentamista terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin sekä parempaa käsitystä vaikuttavista keinoista ja eriarvovaikutusten ennakoimista muilla hallinnonaloilla. (Rotko ym. 2012.)

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) laajeni vuonna 2013 kansalliseksi tutkimukseksi. Väestötutkimus on merkittävä kuntien ja alueiden seurannan kannalta ja sillä voidaan seurata eri väestöryhmien terveydentilaa ja hyvinvoinnin kehittymistä sekä palvelutarpeiden tyydyttymistä koulutusryhmittäin. Tutkimuksessa voidaan havaita alueellisia ja sosioekonomisen aseman mukaisia eroja muun muassa kulttuuri- ja terveyspalveluiden, hyvinvoinnin osatekijöiden ja elintapojen suhteen. Hyvinvointi- ja terveys-eroja kuvaavia tietoja ei ole aiemmin ollut helposti kaikkien saatavilla. (THL 2016d.)

Ministeriökierroksen kokemuksia

Tämän arvioinnin kirjoittajat toteuttivat vuonna 2011 yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa teemakeskustelukierroksen kahdeksassa ministeriössä (ks. Rotko ym. 2013). Ministeriökierroksen tavoitteena oli konkretisoida eri ministeriöiden roolia sosioekonomisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisessä.

Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman päätyttyä tavoite on säilynyt hallitusohjelmien tavoitteina. Hallitusohjelman kirjaus eriarvoisuuden vähentämisestä on haluttu nähdä kaikkien toimijoiden yhteisenä tavoitteena. Tavoite konkretisoituu kuitenkin vasta, kun eri hallinnonaloilla määritellään kunkin omilla termeillä, miten eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon ministeriön omassa toiminnassa. Kaikkien ministeriöiden omien kärkihjelmien tavoitteissa ja toteutuksessa tulisi ottaa huomioon poikkileikkaavasti eriarvoisuuden vähentäminen. Terveiden sosiaalisten taustatekijöiden kautta päästään ongelman juurille ja kaikilta hallinnonaloilta löytyy toimia, joilla voidaan vaikuttaa eriarvoisuuskehitykseen. (Rotko ym. 2013.)

Ministeriökierroksen (Rotko ym. 2013) tuloksena voi sanoa, että kaikissa ministeriöissä on eriarvoisuuden vähentämiseen liittyviä tavoitteita. Näitä aiheita löytyi helposti kaikista (n=8) kierroksen ministeriöistä terveyden sosiaalisten taustatekijöiden kautta. Eriarvoisuuteen liittyviä teemoja eri ministeriöiden kesken saattoivat olla esimerkiksi palveluiden saavutettavuus, esteettömyys, kestävä kehitys, nuoret, maahanmuuttajat, pitkäaikaistyöttömät, liikunta- ja ravitsemusasiat, kuntoutusasiat, alkoholi- ja mielenterveyskysymykset tai vammaispolitiikka. Ministeriöiden kuulemisesta saadun kokemuksen mukaan terveysperusteluilla on vaikea saada muut hallinnonalat mukaan talkoisiin.

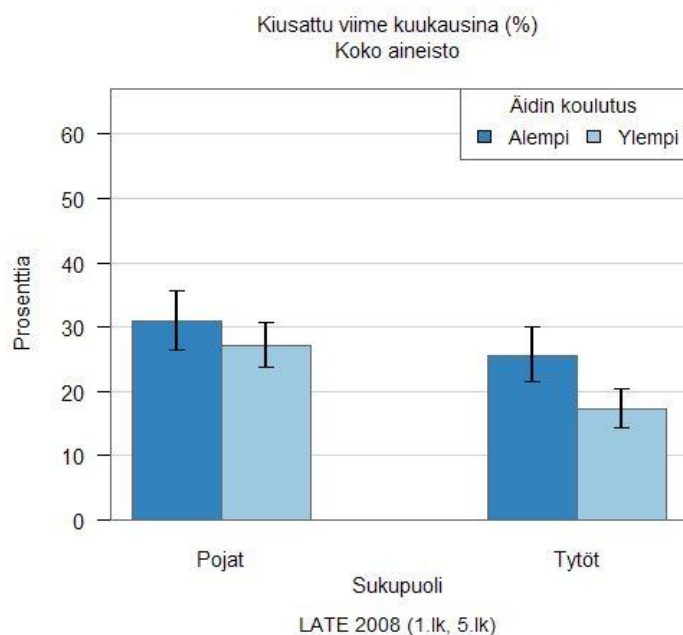
Kierroksen mukaan eriarvoisuuden kaventamisessa tulee muistaa ainakin että (Rotko ym. 2013):

- Yhteinen suunnittelu eriarvoisuuden vähentämiseksi nähtiin tärkeänä. STM:ltä odotettiin myös tukea muille ministeriöille eriarvotavoitteiden ja -toiminnan suunnitteluun.
- Monialaisen yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan siilojen yläpuolisia ohjaavia rakenteita mukaan lukien johtaminen ja resurssit.
- Terveiden ja eriarvoisuuden taustatekijöitä kuvaavia tunnuslukuja kerätään kaikilla hallinnonaloilla, mutta näitä tietoja tulisi hyödyntää systemaattisemmin ja yhdistellä eri lähteiden tietoja.

Vaikutusten ennakoarviointi terveys- ja eriarvoaikutusten kannalta on hyödyntämätön mahdollisuus.

- Tarkemmin on pohdittava, mitä toimintatavan muutosta tavoitellaan (hyötyjen osoittaminen), mihin eriarvoisuuden vähentämisen toimet kohdennetaan ja millä keinoin.

Sosioekonomiset terveyserot eivät kuitenkaan ole kaventuneet. Omakaan toimintaohjelma ei pystynyt kaventamaan eriarvoisuutta. Nyt haastateltujen asiantuntijoiden mukaan jos yhteiskunnallinen tasa-arvo ei ole edistynyt ja esimerkiksi tuloerot ovat kasvaneet, ei terveyden tasa-arvoakaan voida saavuttaa. Nyt on tärkeää katsoa erikseen rakenteellisia ongelmia, joita voi liittyä esimerkiksi opetukseen tai työllisyyteen ja elintapoihin liittyviä välittäviä tekijöitä. Terveyserojen tunnistaminen omassa työssä ja eriarvoisuuden vähentämisen hyödyn osoittaminen eri toimijoille säilyvät haasteina.



Kuvio 16. Kiusattu viime kuukausina 1 ja 5 luokan oppilaat sukupuolen ja äidin koulutuksen mukaan (THL 2016b).

Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan toteutuminen Suomessa

Maailman terveysjärjestö WHO järjesti Helsingissä kahdeksannen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin kesällä 2013 teemalla Health in All Policies. Konferenssissa syntynyt Helsinki Statementin (WHO 2013a) mukaan WHO ja jäsenvaltiot ehdottavat seuraavia toimia toteutettavaksi eri maissa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi. Lisäksi WHO määritteli (2013b) hallinnolle terveyden tasa-arvon toteutumisen edellyttämät kriteerit (Governance for health equity). Seuraavassa tämän arvioinnin kirjoittajat arvioivat, miten nämä toteutuvat Suomessa.

1. *Sitoutua terveyden ja terveyden tasa-arvon edistämiseen poliittisena valintana (prioriteettina) noudattamalla Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatapaa ja suuntaamalla toimia terveyden taustatekijöihin.*

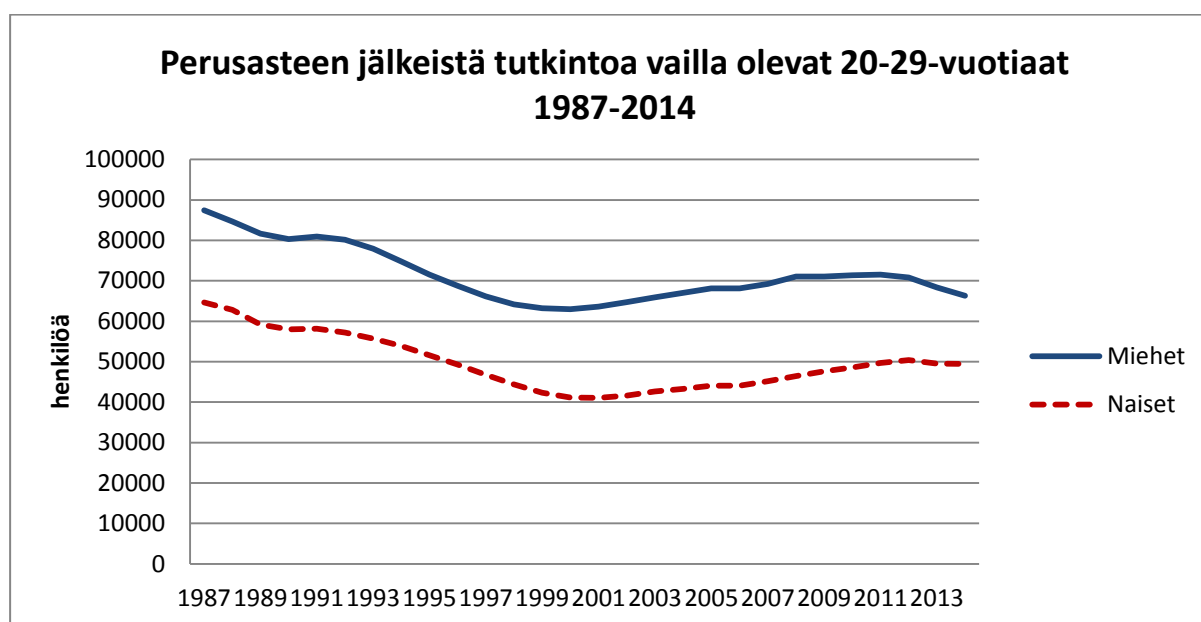
Suomessa on sitouduttu terveyden ja terveyden tasa-arvon edistämiseen poliittisena valintana (useiden) hallitusohjelman kirjauksin retorisesti ja noudattamaan Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatapaa. Hallitusohjelman kirjaus ei kuitenkaan toteudu todellisuudessa vaan antaa lähinnä selkänöjan, jolla perustella aiheita. Tämä koskee erityisesti eriarvoisuuden vähentämistä, jota Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatapa ei takaa.

Poikkihallinnollista yhteistyötä kehitetään jatkuvasti sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimana, mutta eri hallinnonalojen omissa toiminnoissa ja päätöksissä ei välttämättä vielä oteta terveys- ja tasa-arvokysymyksiä systemaattisesti huomioon. Terveiden taustatekijöistä puhutaan, mutta aina ei nähdä yhteyttä oman hallinnonalan tavoitteiden ja eriarvoisuuden vähentämisen välillä.

2. *Varmistaa tehokkaat rakenteet, toimintatavat ja riittävät voimavarat*, joilla mahdollistetaan Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan toimeenpano kaikilla päätöksenteon tasoilla.
Rakenteita Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavalla on sekä kansallisella, alue- ja kuntatasolla (Kansallisesti: neuvottelukunnat, HyTE-yhdyshenkilöverkosto ja kaikkien ministeriöiden Kanslia-päällikköjen yhteiset kokoukset. Alueellisesti: HyTE-työryhmiä on joillakin alueilla ja kunnissa: HyTE-työryhmiä ja hyvinvointikoordinaattoreita on useissa kunnissa.), mutta näissä kaikissa on parantamisen varaa ja vahvistamisen tarvetta. Eriarvoisuuskysymykset nousevat näissä kuitenkin vain satunnaisesti. Voimavaroja tulisi irrottaa tähän työhön nykyistä enemmän.
Kunnissa hyvä toimintatapa on muun muassa Hyvinvointikertomusprosessi, mutta HyTE-vaikutusten ennakkoarviointia tulisi vahvistaa. Kansallisesti vahvistettavaa on muun muassa HyTE-vaikutusten (ml. eriarvoisuus vaikutukset) ennakkoarvioinnissa, politiikan toteutumisen seurannassa erityisesti eriarvoisuuden näkökulmasta sekä toiminnan suunnittelussa terveyserojen kaventamiseksi eri hallinnonaloilla ja kytkennässä toimijoiden budjetteihin.
3. *Vahvistaa terveysterveystoiminnan mahdollisuuksia sitouttaa muut hallinnon alat mukaan* johtajuudella, yhteistyöllä, asianajamisella ja sopimisella, jotta saavutettaisiin parempia terveystuloksia.
STM:ssä tähän on panostettu viime vuosina (Hyvinvointi kestävän kasvun perustana -prosessi), Kansanterveyden neuvottelukunta on ollut virallinen yhteistyöfoorumi, mutta tällä hetkellä sitä ei ole asetettu. Parempien terveystulosten aikaansaamiseksi tulisi käynnistää konkreettisia yhteistyöhankkeita; pelkkä yhteistyön, yhteisymmärryksen ja luottamuksen rakentaminen ei riitä.
4. *Luoda vakiintuneet käytännöt ja taidot* Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan toimeenpanemiseksi ja tarjota näyttöä terveyden taustatekijöistä, eriarvoisuudesta ja tehokkaista keinoista.
Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan toimeenpanemisen käytäntöjä tulee edelleen vahvistaa. Analyysiä ja tutkimusta tarvitaan lisää erityisesti tehokkaista keinoista vähentää eriarvoisuutta ja sen aiheuttamista kustannusvaikutuksista. Tietoa terveyden taustatekijöistä ja sosioekonomisesta eriarvoisuudesta on, mutta erilaisia esitystapoja, foorumeita ja kanavia tulee harkita sen välittämiseen, jotta se tulee nykyistä paremmin hyödynnettyä.
Ohjaus- ja tukimekanismeja tulisi edelleen vahvistaa muun muassa ohjeistusta ja koulutusta tarvitaan lisää, samoin resurssia tukimekanismeille. Poliittista, kunnallista ja ammattilaisten johtajuutta terveyden sosiaalisten taustatekijöiden ja tasa-arvon saavuttamiseksi ei tueta. Valtioneuvoston kanslian TEAS-tutkimusrahat tukevat analyysijä, jotka hyödyntävät useita eri tietolähteitä (sis. kotitalouskyselyt, väestölaskennat, syntyvyys/kuolleisuus rekisterit, organisaatiokohtainen tieto (yksilö, palvelu tai voimavaratiedot) ja tapaustutkimukset). Näiden analyysien toivoisi kohdistuvan terveyden tasa-arvoon ja sosiaalisten taustatekijöiden tarkasteluun.
Suomessa ei ole aivan onnistuttu osoittamaan, miksi tasa-arvon parantaminen ja toimet sosiaalisten taustatekijöiden suhteen ovat tärkeitä, ei vain terveydelle, vaan myös hallituksen ja yhteiskunnan muiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhteisiä arviointimenetelmiä ei ole käytössä eri hallinnonalojen ja muiden toimijoiden kanssa ymmärryksen lisäämiseksi ja ratkaisujen luomiseksi terveyden tasa-arvon parantamiseksi.
5. *Otetaan käyttöön läpinäkyvät tarkastus- ja tilivelvollisuusmekanismit* terveys- ja tasa-arvoaikutusten osoittamiseksi, jotka parantavat hallituksen ja eri hallinnonalojen uskoa toimenpiteisiin.
Tilivelvollisuusmekanismeja terveys- ja tasa-arvoaikutusten osoittamiseksi ei ole käytössä Suomessa. Ohjeita ja lakikirjauksiakin terveysvaikutusten huomioon ottamisesta on säädöksissä, kunnissa ja ympäristövaikutusten arvioinnissa, mutta näitä ei valvota. Myös seurannassa ja keinojen arvioinnissa on puutteita, eikä siten hallinnonalojen uskoa toimenpiteisiin pystytä vahvistamaan.
6. *Tehdään ristiriitatilanteiden arviointia*, joka sisältää tehokkaita turvatoimia suojaamaan toimenpiteitä kaupallisten ja omaa etua ajavien toimijoiden vääristävältä vaikutukselta.
Kirjoittajilla ei ole tiedossa toimintatapaa tähän.
7. *Otetaan mukaan yhteisöt, sosiaaliset liikkeet ja kansalaisyhteiskunta* Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan kehittämiseen, toimeenpanoon ja toteutumisen seurantaan; parannetaan kansalaisten terveydenlukupolitoa.

Yhteisöt ovat mukana Terveys kaikissa politiikoissa -toimintatavan kehittämisessä ja toimeenpanossa lähinnä kansalaisjärjestöjen muodossa. Järjestöjen osallistumista on tuettu erityisesti uudella hallituskaudella esim. linjausten laatimisessa. Terveystietokaudon parantamiseksi ei ole kansallisia panostuksia menossa paitsi koulujen terveystiedon opetus.

Asukkaiden ja yhteisöjen osallistuminen parantaa toimien ja investointien vaikutusta terveyden tase-arvon saavuttamiseksi (toimenpiteitä mietittäessä usein puutteellinen käsitys olosuhteista, joissa riskissä olevat ihmiset elävät). On havahduttu siihen, että tarvitaan ratkaisuja, jotka tuottavat kokemustietoa toimenpiteiden ja investointien pohjaksi. Näitä on kokeiltu joissakin kunnissa. Eriarvoisuustietoa on saatavilla julkiselta palvelimelta (ilmaiseksi) sekä kansallisella että paikallisella tasolla, mutta sitä ei hyödynnetä riittävästi.



Kuvio 17. Perusasteen jälkeen tutkintoa vaille olevat 20-29 vuotiaat. (VNK & Tilastokeskus 2016).

Pohdinta ja johtopäätökset

Mitä jatkossa kannattaa muistaa

Ohjelmasta

Pitkän linjan kansanterveystavoitteiden asettamista pidettiin haastatteluissa tärkeänä jatkossakin. Pitää muotoilla visio, jota kohti politiikkaa suunnataan. Toisaalta ajateltiin, että pitkän aikavälin linjaukset ovat hankalia, koska maailma muuttuu nopeasti. Pitäisi pystyä sopeutumaan ja muuttamaan suuntaa maailman muutoksen myötä ketterämmin. Ehdotettiin myös kapeampia ohjelmia, joihin voidaan muotoilla tarkempia tavoitteita. Ratkaisuksi tarjottiin sitä, että pitkän aikavälin tavoitteet pitää pilkkoa pienempiin osiin. Toimeenpanossa tulee ottaa huomioon maailman muutos ja eri hallituskokoonpanojen intressit. Hallituskaudella edistetään hallitukselle sopivia asioita. Toimeenpanoa voisi jaksottaa siten, että eri tavoitteita painotetaan eri ajankohtina. Tarvitaan hallitusohjelmakausittaisia toteutussuunnitelmia.

Vaikka hallitusohjelmaa pidettiin avainasemassa tavoitteiden muotoilussa, pitkän aikavälin tavoitteiden tulisi kantaa hallituskausien yli. Seuraavien hallitusten sitoutuminen on tärkeää. Esimerkiksi vaalien jälkeen uuden hallituksen tulisi voida muotoilla kansanterveysohjelman yleisistä tavoitteista heille mieleisiä toimenpiteitä.

Kimmo Leppo on pitänyt valtioneuvoston ensimmäisen kerran vuonna 1996 asettamaa monialaista kansanterveyden neuvottelukuntaa yhtenä toteutukseltaan heikoksi jääneen uudistetun Terveystä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmatyön harvoista saavutuksista (Leppo 2010, 38). Kansanterveyden neuvottelukunnan hyödyntämistä ehdotettiin haastatteluissa kuitenkin parannettavan. Tarvitaan laajasti sektorien välistä yhteistyötä, mutta toistaiseksi toteutus ei ole ollut riittävä. Se, että laajasti eri tahojen edustajat ovat kuulemassa kaikkea, mutta eivät osallistumassa kaikkeen, ei ole hyvä ratkaisu. Tehokkain tapa viedä joitakin asioita eteenpäin on kahdenvälinen tai ilmiökohtainen toimeenpano hallinnonalojen välillä. Paljon on kiinni myös siitä, miten kokoukset valmistellaan. Kokousten vetämiseen pitää erityisesti kiinnittää huomiota jatkossa ja saada puheenjohtaja tiiviisti sitoutumaan HyTE-työhön.

Terveysvaikutukset ja terveyden merkitys koko yhteiskunnalle tulee tehdä näkyväksi ja taakka, mitä huonossa asemassa olevien huono terveys yhteiskunnalle tarkoittaa. Taloudellisin laskelmin voidaan osoittaa järjestelmien kuormittuminen ja mitä säästömahdollisuuksia voitaisiin saavuttaa.

Haastatteluissa kysyttiin jatkossa vältettäviä ja vahvistettavia asioita.

Vältettäviä asioita

- Ei ollut *visiotakaan* siitä, mikä olisi muiden tehtävänä.
- Neuvottelukunta vain *keskustelee*, ei päättä, eikä vie keskusteluja omiin organisaatioihinsa.
- *Laajat tavoitteet* vaikea operationalisoida, tavoitteet eivät sido ketään, ei ohjaa, ei poikkehallinnollista operationalisoivaa ryhmää.
- Tavoitteet puhuivat *eri kieltä* kuin kohderyhmät (kunnissa).
- *Ei näin tarkkoja* ohjelmia näin pitkäksi aikaa (maailma muuttuu).
- Minne ohjelma *sijoittuu*, sen ministeriön leiman saa.
- Liian paljon jäänyt *yksittäisten innostuneiden* toimijoiden varaan
- *Korulauseet*; liian pitkä matka ruohonjuuritason toimintaan

Vahvistettavia seikkoja

- Pitää olla *yhteinen tekemisen kohde*, toisen osaamisen kunnioitus ja yhteistyön oivallus.
- *Tavoitteet tehtävä yhdessä* (ei STM:ssä); pitää päästä itse muovaamaan toimintasuunnitelmaa ja osallistumaan.
- *Ohjelmamuoto* on hyvä tapa pitää aihetta yllä, vaikka painopisteet muuttuvat eri aikoina, priorisointi, jaksottaminen
- Päivittyvä *toimenpideohjelma*. Määrälliset tavoitteet, ei hyviä aikomuksia.
- Toteuttaminen tulisi suunnitella tarkemmin ja *valita täsmällisempiä muutoksen kohteita*.

- *Mekanismit* eivät nyt tue yhteistyötä, tarvitaan sitoutuminen, vastuunjako ja yhteiset rahat.
- *Johtaminen* näkyväksi, arvioinnin pitää kulkea mukana, rakenteet pitää luoda, jotta pääsee tekemään sisältöä.
- *Valmisteluprosessi* vaikuttavin tapa, sen kautta voidaan vaikuttaa toimijoihin.

Sisällöstä

Haastateltavat totesivat, että samoilla teemoilla voisi edelleen jatkaa samalla kun vahvistetaan poikkihallinnollisuutta. Samat ongelmat ovat perua jo 1980 luvulta. Ainakin hyvin yleisesti asetettuina muotoiluina, kuten ”terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen” (STM 2012), tavoitteilla ei ole uutuusarvoa. Täsmällisemmillä kohdennuksilla tavoitteet saataisiin kuulostamaan juuri tähän ajankohtaan relevanteiksi. Nämä teemat ja ongelmat ovat sellaisia, että niitä on vaikea myydä ja vaikea saada implementoitua, koska ei ole helppoa saada eri toimijoita mukaan.

Haastateltavat olivat myös pitkälti samoilla linjoilla siitä, että kansanterveydelliset ongelmat eivät ole kadonneet minnekään. Tuttujen huolenaiheiden rinnalle on noussut myös uusia. Merkittävää on laajempi käsitys hyvinvoinnista, ettei mennä terveyden edellä ja terveyden ehdoilla.

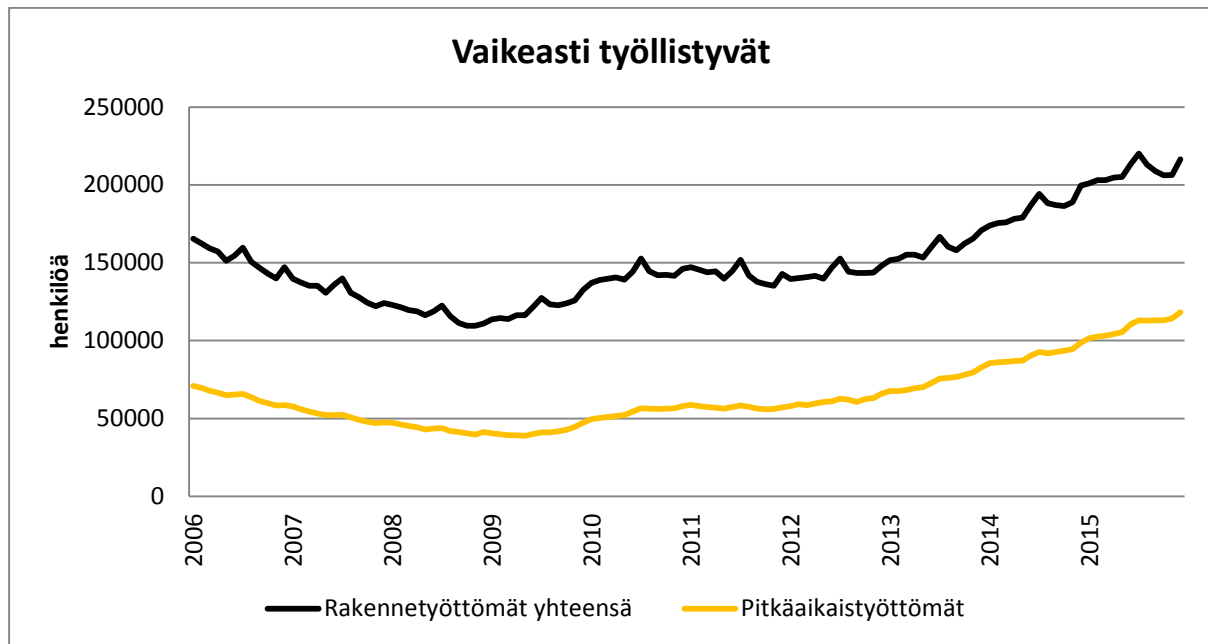
Tulevaisuuden haasteina terveyden eriarvoisuus nousi usein esiin ja sen nähtiin erityisesti uhkaavaan yhteiskunnan koheesiota. Eriarvoistumisen myötä suomalaisten yhteenkuuluvaisuuden tunne vähenee. Jotta tämä ei jatkuisi, tulisi ilmiötä tehdä ymmärrettäväksi ja havainnollistaa, kuinka kalliiksi eriarvoistumiskehitys tulee ja kuinka se saattaa uhata turvallisuutta. Haastatteluissa nousi esiin ratkaisuna win-win -tilanteen löytäminen, jossa päätöksentekijät näkevät kaikkien hyötyvän eriarvoisuuden vähentämisestä.

Haastattelujen mukaan edelleen tulee tavoitella:

- Suomalaisten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattuus vähenee sekä elintavat (erityisesti nuorten) ja työ- ja toimintakyky paranevat. Myös suomalaisten usko terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen tulee turvata ja edelleen tulee jatkaa ponnisteluja eriarvoisuuden vähentämiseksi.

Uusia huolenaiheita haastateltavien mukaan:

- Työttömät (mielekäs tekeminen)
- Ikä-ihmiset (vanhusten hyvä hoito) ja muistisairaat
- Uudet sote-alueet: yhteys kuntiin, alueellinen yhteistyö, miten rakennetaan laaja poikkihallinnollinen kokonaisuus
- Digitalisoitumisen haltuun ottaminen
- Ympäristökatastrofien estäminen ja vaikutuksiin varautuminen
- Maahanmuutto lisääntyy

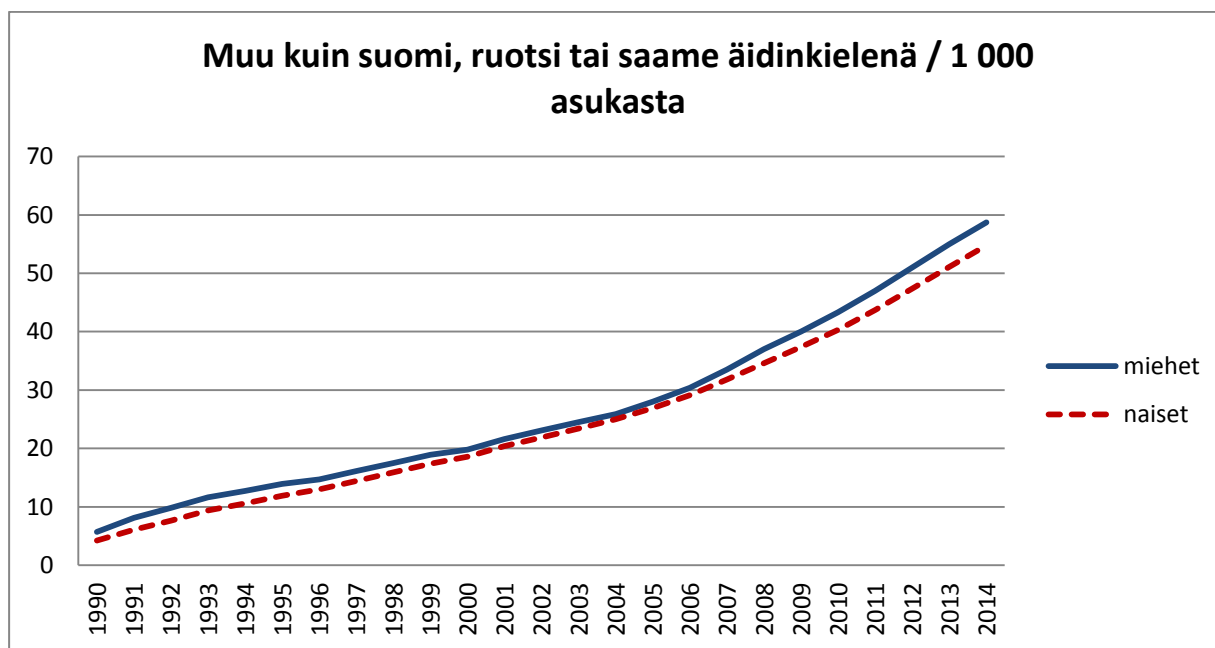


Kuvio 18. Pitkäaikaistyöttömät. (VNK & Tilastokeskus 2016). Sekä vähintään vuoden yhdenjaksoisesti työttömänä olleiden pitkäaikaistyöttömien määrä että kaikkien rakennetyöttömien (mm. työvoimapolitiittisista palveluista työttömäksi palaavien) määrä on kasvussa.

Kansallisen sosiaali- ja terveystalouden strategian ”Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020” mukaan strategisia valintoja ovat: hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja turvallisuutta. Strategisiin valintoihin sisältyy Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ydinajatuksena terveys ja hyvinvointi osana kaikkea päätöksentekoa, hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen sekä ympäristön elinkelpoisuuden vahvistaminen. Toimijoina ovat sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi kaikki hallinnonalat ja muut tervettä yhteiskuntapolitiikkaa toteuttavat toimijat. (STM 2012.) Nämä yleiset pitkän tähtäimen tavoitteet ovat siis jo olemassa. Nyt tarvitaan näiden täsmentämistä ja konkretisoimista, millä keinoilla päästään kohti näitä tavoitteita.

Toimintaympäristö muuttuu

Jos vastaavanlaisen ohjelmatyön aloittaisi nyt, vastassa olisi aivan erilainen maailma kuin 1990-luvun puolivälissä. Suomen kansanterveys ja suomalainen terveystalouden politiikka ovat yhä enemmän kytköksissä laajempiin kansainvälisiin ja globaaleihin ilmiöihin ja vaikutuksiin sekä toimintatapoihin ja toimijoihin. Euroopan unionin merkitys kansalliselle terveystalouden politiikalle on kasvanut. Euroopan unionin harjoittaman terveystalouden politiikan vaikutukset kansalliseen terveystalouden politiikkaan ovat kuitenkin usein vähäisempiä kuin sellaisten toimien, joita tulkitaan perusvapauksiin ja sisämarkkinoihin liittyvinä asioina. (Sihto ym. 2013, 423) Globalisaatioon ja Euroopan unioniin liittyy myös talouskysymysten vaikutusten kansainvälistyminen ja vaikkapa pakolaisuuden ja maahanmuuton raju lisääntyminen. Ajankohtaisia Suomessa juuri nyt ovat ainakin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä alue- ja kuntarakenteen muutos ja digitalisaatio.



Kuvio 19. Muu kuin suomi, ruotsi tai saame äidinkielenä / 1 000 asukasta. (THL 2016a).

Sote/itsehallintoalueet muuttaa työtä

Uuden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain myötä ja uusien maakunnallisten tehtävien muodostuessa kunnan rooli muuttuu. Kunnalle jää edelleen tärkeä rooli ja vastuu elinympäristön rakentumisessa, ihmisten hyvinvoinnista ja koulutuksessa. Kun sote-tehtäviä häviää kunnista, kuntapäätäjillä on mahdollisuus tarttua ja panostaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen isoon toimintakenttään. Kun kunnista tulee poistumaan sote-asiantuntemusta, tulisi mielestämme huolehtia siitä, että ainakin hyvinvointikoordinaattori löytyy keskushallinnosta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyö, työnjako ja vastuut tulee pohtia ja ratkaista uusissa rakenteissa. Huonokuntoinen väestö on kunnalle rasite, joten kunnan kannattaa tehdä terveyden ja toimintakyvyn eteen työtä. Tämä tulee osoittaa myös lainsäädännössä selvästi.

Alueille tarvitaan mielestämme myös uusia poikkihallinnollisia alueellisia HyTE-työryhmiä. Alueitoimijalla on myös voimaa tukea ja patistaa kuntia hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä esimerkiksi kansallisten tavoitteiden huomioon ottamisessa kunkin omissa strategioissa ja toiminnoissa. Haastatteluissa ehdotettiin myös että kansallisiin tavoitteisiin tulisi ehdottaa keinovalikoimaa ja esimerkkejä keinoista, joista voisi valita paikallisesti parhaiten sopivia käytöksiä.

Digitalisaatio lisääntyy

Digitalisoituminen lisääntyy elinympäristössämme jatkuvasti. Se muuttaa ja tulee muuttamaan työtä, yhteiskunnan palveluja ja ihmisten toimintaa. Esimerkiksi ammatit muuttuvat teknologiakehityksen myötä yhä nopeammin. Teknologiamuutosten seurauksena noin kolmasosa suomalaisista työpaikoista on työttömyysuhan alla. Kuitenkin uudet teknologiat ja digitalisaatio voi olla myös kasvun mahdollisuus ja tuottaa uusia työpaikkoja. Erityisesti digitalisaatio ja teknologiamuutokset aiheuttavat osaamispuutteita sekä työssä oleville että työttömille. Toisaalta digitalisaation myötä turvallisuutta voidaan lisätä monin tavoin (paikantaminen, lääkäripalvelut kotiin, osallistuminen). Digitalisaatio sisältää toisaalta riskin kansalaisten eriarvoistumiselle, mutta myös mahdollisuuden lisääntyvälle yhdenvertaisuudelle.

Sähköisten palveluiden kehittämisellä pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta, tehostamaan sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaista toteamista ja itsehoitoa sekä parantamaan hoidon jatkuvuutta. Suomalaisen valmius sähköisten palveluiden käyttöön on myös lisääntynyt: Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 jo 90 % suomalaisista 16 – 74 vuotiaista käytti sähköisen asioinnin mah-

dollistavaa teknologiaa, ja pääosalla heistä oli verkkoyhteys kotona (SVT 2014). Ilman sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen uudistusta ja potilaiden omaehtoisen toiminnan tukemista sähköisten järjestelmien hyödyt jäävät kuitenkin helposti saavuttamatta. (Hyppönen ym. 2014.)

Haastateltujen mukaan muuttunut toimintaympäristö tulee ottaa haltuun. Digitalisaation tarjoamat lukemattomat mahdollisuudet pitäisi pystyä hyödyntämään hyvin. Pitäisi olla ohjausta, ettei kehitys menisi pirstaleiseksi ja hajanaiseksi. Pitäisi olla myös rahoitusta, selkeitä kokonaisuuksia ja lainsäädäntöä, jolla hallitaan nopeaa muutosta. Kun uuden tiedon määrä lisääntyy, myös huuhaan määrä lisääntyy.

Hyvillä eväillä tästä eteenpäin

Edellä listattujen vältettävien ja vahvistettavien tekijöiden lisäksi ohjelmatyön eväsreppuun voi ehdottaa seuraavia valmisteluun, toimeenpanoon ja seurantaan liittyviä asioita.

Ohjelmatyön valmistelussa moneen kertaan tuli esiin, että prosessi on tärkeämpi kuin asiakirja. Valmisteluvaiheen sitoutuminen on tärkeää sekä tuleville tekijöille että päättäjille. Vaikka valmistelua pidettiin erittäin hyvänä, siitä jäi kuitenkin puuttumaan muodollinenkin poliittisten puolueiden tai eduskunnan osallistuminen. Myös ministeritason osallistuminen näytti Vilénin (2012, 179-180) mukaan jääneen vähäiseksi.

Valmistelussa on mietittävä, tarvitaanko niin montaa erillistä ohjelmaa. Kasvottomat ohjelmat jäävät tuntemattomiksi, ja vain tiukkarajaisilla ohjelmilla, joilla on selkeä toteuttajavastuutaho, on mahdollisuus tulla toteutetuiksi. Monet Muurisen ym. (2008.) haastatteleman mielestä kansanterveysohjelma olisi pitänyt yhdistää hyvinvointiohjelmaan. Hyvinvoinnin nimellä ohjelman asioiden uskottiin leviävän paremmin myös muiden hallintokuntien kuin terveystoimen käyttöön.

Ohjelmatyön toteuttamisessa merkittävin yksittäinen asia oli erillisen toimeenpanosuunnitelman puuttuminen. Toimeenpano olisi ollut suunnitelmallisempaa, kun olisi ollut selkeästi tiedossa, mitä tavoitellaan, miten koordinoidaan, miten johdetaan ja mikä olisi ollut työnjako. Tarvitaan linjauksia ja täsmällisempiä, jaksotettuja tavoitteita sekä tavoitteiden konkretisointia toimijoittain (ministeriöt, kunnat ja alueet).

Jalkauttaminen perustuu yhteistyöhön ja sen työkaluja ovat paitsi erilaiset yhteiset foorumit myös konkreettinen kahdenvälinen työ. Aiemmissa raporteissa kuvataan (Muurinen ym. 2008, STM 2012), kuinka tarvitaan laaja-alainen ja päätösvaltainen toimija, esimerkiksi vahvaroolista neuvottelukuntaa ja toisaalta käytännönläheistä ”kansanpainosta”, jossa Terveys kaikissa politiikoissa -käsite viedään käytäntöön monitoimijaisena yhteistyönä.

Toteutuksen turvaamiseksi ohjelman toimeenpanovastuun tulisi olla taholla, jolla on toimintavaltaa ja resursseja. Riittävä resursointi on elintärkeää tavoitteiden toteuttamiselle. Nyt huomio keskittyi terveyden edistämisen sijaan palvelujen kehittämisen tukemiseen. Pitkäkestoisen ohjelman ja lyhyiden hankeressurssientien yhteensovittamiseksi tarvitaan näkemyksellistä ohjausryhmää, joka kykenee hahmottamaan ohjelmatavoitteiden toteutumisen hankerytmin yli.

Ohjelmatyön kansallisen seurannan tulisi pystyä nostamaan esiin keskeisiä toimeenpanon onnistumisia ja eri hallinnonaloja kiinnostavalla tavalla nostamaan saavutettavissa olevia tavoitteita eri teemoista. Kuten terveyspalvelujärjestelmää painottava Terveystta kaikille vuoteen 2000 -ohjelma oli saanut poliittisen tuen hallituksen terveyspoliittisen selonteon eduskuntakäsittelyssä (Palosuo ym. 2013, 26), myös hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja erityisesti eriarvoisuuden vähentäminen ansaitsisivat sekä eduskuntakäsittelyn että poliittisen sitoutumisen.

Jo 1990-luvun lopulla oli selvää, että saman vuosikymmenen alussa tehdyt valtionosuusjärjestelmän muutokset ja leikkaukset, suunnittelun radikaali purku ja normien purkaminen jättivät lainsäädännöllisen tyhjiön. Taloudellisessa ahdingossa olevat kunnat hakivat säästöjä mistä tahansa, missä ei ollut lakisääteistä ja sanktioitua velvoitetta. Poliittinen heiluri alkoi liikkua 2000-luvun taitteessa hitaasti, mutta varmasti siihen suuntaan, että tarvitaan uusia ohjausinstrumentteja, ennen kaikkea kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Ensimmäiset tulivat laatusuosituksia, joita laadittiin nimenomaan heikkojen ryhmien tai uhanalaisten palvelujen turvaksi. Suuresta panostuksesta huolimatta niiden ohjausvaikutus jäi heikoksi. Sitten on asteittain kehitetty lainsäädäntöä, jossa joko lailla tai lainmuutoksen valtuuttamalla asetuksella voidaan turvata tiettyjä välttämättöminä pidettyjä palveluita. (Leppo 2010, 43.)

Eriarvoisuuden vähentämiseksi on eriteltävä oleelliset toimet, joita seurataan. Nämä voivat olla rakenteita, jotka luovat tai ylläpitävät eriarvoisuutta ja toisaalta välittäviä tekijöitä, kuten esimerkiksi päihteet, liikunta- ja ravitsemuskokonaisuus. Jälleen hallitus etsii rajulla kädellä säästökohteita ja pyrkii normien purkuun. Toivoa sopii, etteivät kaikkein huono-osaisimmat kärsi kohtuuttomasti.

Kansanterveysohjelman seurantaindikaattoreiden lista on koottu liitteeseen 1. Tässä raportissa on kuvituksena nyt käytössä olevista tietolähteistä uusia mahdollisuuksia kuvata kyseisiä ilmiöitä muun muassa koulutusryhmittäin.

Mutta tärkeintä kaikesta, erään haastateltavan sanoin hänen verratessaan kansanterveysohjelman valmistelun sitoutuneisuutta ja innostusta toteutusvaiheeseen:

”Into pitäisi saada palaamaan uudelleen jotenkin”

Lähteet

Haastatellut ja heidän roolinsa ohjelmassa

Eskola Juhani, THL:n pääjohtaja, ohjelman toteuttaja, haastattelu 6.11.2015

Huttunen Jussi, aiemmin KTL:n pääjohtaja, ohjelman valmistelija ja toteuttaja, haastattelu 25.11.2015

Koivisto Taru, STM:n johtaja, ohjelman toteuttaja, haastattelu 11.12.2015

Koskinen Seppo, THL:n tutkimusprofessori, aiemmin kansanterveyden neuvottelukunnan sihteeri, ohjelman valmistelija, haastattelu 16.11.2015

Melkas Tapani, aiemmin STM:n johtaja, ohjelman valvoja, haastattelu 21.10.2015

Perho Maija, aiemmin sosiaali- ja terveysministeri ja Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelman vetäjä, ohjelman valmistelija ja toteuttaja, haastattelu 20.10.2015

Perttilä Kerttu, aiemmin THL ja STM Terveys 2015 -kuntaprojektin vetäjä, ohjelman toteuttaja, haastattelu 21.10.2015

Pääkkönen Tuomo, aiemmin sosiaali- ja terveysjohtaja Kainuun maakunta, ohjelman toteuttaja, haastattelu 23.11.2015

Tukia Helena, aiemmin THL, Terveys 2015 -kuntaprojekti, ohjelman toteuttaja, haastattelu 26.11.2015

Kuntakyselyyn vastanneet

Perusturvakuntayhtymä Akseli

Kauniaisten kaupunki

Kittilän kaupunki

Kouvolan kaupunki

Kuopion kaupunki

Vantaan kaupunki

Kirjalliset lähteet

Dahler-Larsen Peter (2005). Vaikuttavuuden arviointi. FinSoc

Arviointiraportteja 3/2005. Stakes. Helsinki.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194271>

FCG (2015). Sähköinen hyvinvointikertomus. Finnish Consulting

Group Oy. <http://www.fcg.fi/shvk>. Luettu 11.2.2016.

Hyppönen Hannele, Hyry Jaakko, Valta Kati & Saija Ahlgren

(2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja kehittämistarpeet. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Innokylä (2015). HyTE-oppimisverkosto, Innokylä

<https://www.innokyla.fi/web/verkosto467770>. Luettu 11.2.2016.

Kaikkonen Risto, Murto Jukka, Pentala Oona, Koskela Timo,

Virtala E, Härkänen Tommi, Koskeniemi Timo, Ahonen Juha, Vartiainen Erkki & Seppo Koskinen (2015). Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-

2015. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/ath. Luettu 11.2.2016.

Leppo Kimmo (2010). Rakenteellisesta terveyspolitiikasta HiAP:iin

– mikä muuttui Suomessa 1970–2010? Teoksessa Ståhl Timo & Arja Rimpelä (toim.) Terveystieteiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Yliopistopaino, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. 35–44.

Melkas Tapani (2013). Terveys kaikissa politiikoissa -periaate

Suomen terveyspolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 2/2013, 181–196.

Muurinen Seija, Perttilä Kerttu & Timo Ståhl (2008). Terveys 2015

-kansanterveysohjelman ohjaavuuden, toimeenpanon ja sisällön arviointi 2007. Stakes. Helsinki.

Ollila Eeva (2013). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä

eriarvoisuuden vähentäminen (HyTE) yhteiskunnallisessa päätöksenteossa - toimeenpanosuunnitelma Luonnos 15.11.2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Palosuo Hannele, Sihto Marita, Lahelma Eero, Lammi-Taskula

Johanna & Sakari Karvonen (2013). Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Rotko Tuulia, Mustonen Niina & Tapani Kauppinen (2013). Eriar-

voisuuden vähentäminen kaikissa politiikoissa – kokemuksia ministeriökierrokselta. Työpaperi 32/2013. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Rotko Tuulia, Hannikainen-Ingman Katri, Murto Jukka, Kauppinen

Tapani & Niina Mustonen (2014). Terveystieteiden kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 1/2014, 92–99.

Rotko Tuulia, Kauppinen Tapani, Mustonen Niina & Eila Linnan-

mäki (2012). Kuulun kaventajat : Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 loppuraportti. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Seppänen-Järvelä Riitta (2003). Prosessiarviointi kehittämisprojek-

tissa : Opas käytäntöihin. Stakes. Helsinki.

- Sihto Marita, Palosuo Hannele, Topo Päivi, Vuorenkoski Lauri & Kimmo Leppo (2013). Lopuksi: terveystalouden edistäminen, ehkäisee, suojelee ja hoitaa. Teoksessa: Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere.
- STM (2002). Sosiaali- ja terveystietokanta 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:11. Helsinki.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236208>
- STM (2006). Sosiaali- ja terveystietokanta 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:4. Helsinki.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224413>
- STM (2010). Sosiaali- ja terveystietokanta (2010). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2965-4>
- STM (2015). HyTE-kuvaus kansliapäällikkökokoukseen. Muistio 10.2.2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM (2012). = Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä Kansanterveyden neuvottelukunta (2012). Terveystalouden 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- STM (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystalouden 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Ståhl Timo, Wiss Kirsi, Hakamäki Pia & Vesa Saaristo (2015). Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuminen kunnassa – rakenteet, vastuut, seuranta ja voimavarat. Tutkimuksesta tiivistä 31, syyskuu 2015. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Suomen Kuntaliitto (2014). Sähköinen hyvinvointikertomus siirtyy Suomen Kuntaliiton omistukseen. (Kuntaliitto tiedottaa 31.10.2014). Suomen Kuntaliitto.
<http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2014/10/Sivut/sahkoinen-hyvinvointikertomus-siirtyy-kuntaliiton-omistukseen.aspx>. Luettu 11.2.2016.
- Terve Kunta -verkosto (2015) Terve Kunta -verkosto. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 18.11.2015. Muisio.
- THL (2015). Terve Kunta-verkosto -sivut.
<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/rahoitus-ja-verkostot/terve-kunta-verkosto>. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 11.2.2016.
- THL (2016a). Sotkanet.fi : Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. Luettu 11.2.2016.
- THL (2016b). Terveystalouden.fi : Tilasto- ja seuranta-tietoja alueittain ja väestöryhmittäin. Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus (LATE). Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://terveytemme.fi/>. Luettu 11.2.2016.
- THL (2016c). TEAviisari. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
<https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/index>. Luettu 11.2.2016.
- THL (2016d). Tausta ja tavoitteet. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille/tausta-ja-tavoitteet>. Luettu 11.2.2016.
- Vilén Janina (2012). The Patient Survived despite the Treatment. A study of Finnish health policy and New Public Management. Case: The Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Yleisen valtio-opin pro gradu –tutkielma, elokuu 2012.
- VNK & Tilastokeskus (2016). Findikaattori.fi - yhteiskunnan kehityksen kuva. Valtioneuvoston kanslia, Tilastokeskus.
<http://www.findikaattori.fi/fi>. Luettu 11.2.2016.
- WHO (2013a). The Helsinki Statement on Health in All Policies. World health organization.
- WHO (2013b). Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. 2013, updated reprint 2014. World health organization, European region.

Liite 1 Terveys 2015 -seurantaindikaattori

Lapset ja nuoret

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 0 - 15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista
Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista
Tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa, % 8. ja 9. luokan oppilaista
Kokeillut laittomia huumeita ainakin kerran, % 8. ja 9. luokan oppilaista
Huostassa tai kiireellisesti sijoitettuna olleet 0 - 17-vuotiaat viimeisimmän sijoitustiedon mukaan, % vastaavanikäisestä väestöstä (THL)
Päihdesairauksien vuodeosastohoitojaksot 15 - 24-vuotiailla / 1 000 vastaavanikäistä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 0 - 15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 0 - 15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin epilepsian (ym. kouristustilan) vuoksi oikeutettuja 0 - 15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivestreuman) vuoksi oikeutettuja 0 - 15-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Ajanvarauksella erikoissairaanhoidon tulleet, % kaikista päättäneistä erikoissairaanhoidon hoitojaksoista
Imeväiskuolleisuus / 1 000 elävänä syntynyttä
Itsemurhakuolleisuus 20 - 34-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä

Työikäiset

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 16 - 24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Terveytensä enintään keskitasoiseksi kokevia 25 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä (-2014)
Erittäin hyvän ruumiillisen työkyvyn omaavien osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
Erittäin hyvän henkisen työkyvyn omaavien osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
Nykyiseen työhönsä erittäin tai melko tyytyväisten osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
Erittäin tai melko paljon stressiä kokevien osuus työllisistä
Niiden osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä, jotka uskovat terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään nykyisessä ammatissaan eläkeikään saakka
Työterveyshuoltoaan kiittävänä tai hyvänä pitävien osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
Työn aiheuttaman tai pahentaman oireen/vaivan ilmoittavien osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
Viimeisen kuukauden aikana pitkäaikaisesti tai toistuvasti unettomuutta kokeneiden osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä
35 - 54-vuotiaille myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus
50-vuotiaan työssäoloajan odote
15 - 64-vuotiaat, jotka eivät pysty levähtämättä juoksemaan sataa metriä, % vastaavanikäisestä väestöstä (-2014)
Työ- tai toimintakykyä häiritsevän sairauden esiintyvyys 20 - 34-vuotiailla, % vastaavanikäisestä väestöstä (-2014)
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 16 - 24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 16 - 24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin epilepsian (ym. kouristustilan) vuoksi oikeutettuja 16 - 24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin epilepsian (ym. kouristustilan) vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 16 - 24-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin reumaattisen niveltulehduksen (nivelreuman) vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 25 - 39-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 40 - 64-vuotiaita, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Itsemurhakuolleisuus 20 - 34-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä
 Tapaturmakuolleisuus 20 - 34-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä
 Alkoholikuolleisuus 35 - 64-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä

Ikääntyvät

Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Kotona asuvat 75 - 84-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Kotona asuvat 85 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä
 Erityiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä